

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

Варикозное расширение вен нижних конечностей (ВРВНК) является весьма распространенным заболеванием. Нарушения при данной патологии развиваются медленно. Существующие в настоящее время методы и способы диагностики и лечения, различные классификации выстраивают систему медицинской помощи, которая заключается в регистрации факта появления ВРВНК, ожидании развития выраженного системного расширения вен нижних конечностей, оперативного лечения больного и снятия его с диспансерного учета.

Недостатками такого подхода являются:

1. Клинические классификации, в которых к осложнениям относятся только морфологические проявления, остаются без внимания функциональные осложнения.
2. Предварительное профилактическое лечение практически не проводится у 57% пациентов.
3. Бессистемно, нерегулярно и поэтому неэффективно лечатся 29% пациентов.
4. Основным методом лечения ВРВНК в настоящее время является хирургический (6,2%), хотя в структуре обратившихся на специализированный флебологический прием он также составляет весьма незначительную часть - 3%, а всего регулярно лечатся различными методами не более 14% пациентов.
5. Последующее диспансерное наблюдение больных ВРВНК, послеоперационное лечение при развитии ложных рецидивов практически не проводятся. Исключение составляют единичные больные, у которых прогрессирует индуративно-язвенный процесс.

Таким образом, имеющиеся методы профилактики, диагностики и лечения варикозной болезни не учитывают появления

и разработки иных, кроме хирургических, методов лечения, не включают в сферу медицинской помощи пациентов, страдающих начальными формами ВРВНК, косметическими нарушениями и ложными послеоперационными рецидивами. Кроме того, среди пациентов, страдающих ВРВНК, имеются больные, страдающие иными соматическими заболеваниями, которые препятствуют оперативному лечению. Большинство этих больных лечатся пассивно, болезнь прогрессирует и достигает запущенных форм.

Если оперативное и консервативное лечение хоть как-то пересекаются и дополняют друг друга, то оперативное и флебосклерозирующая терапия (ФСТ), как правило, даже не соприкасаются. С нашей точки зрения, оперативное лечение и флебосклерозирующую терапию необходимо применять в любых возможных комбинациях в зависимости от характера варикоза, его формы, функциональных параметров, состояния венозной стенки, наличия у пациента других заболеваний.

Данная работа включает в себя результаты исследований заболеваемости варикозной болезнью среди рабочих промышленных предприятий, а также результаты клинических наблюдений над 1095 больными, которым проводилось оперативное лечение, флебосклерозирующая терапия и комбинированное лечение. В работе использованы методы анкетирования, статистические, клинические, функциональные, биохимические и УЗ исследования.

Все обследованные больные разделены на 4 группы:

- 1 группа - 1879 рабочих промышленных предприятий
- 2 группа - 210 больных, получивших традиционное хирургическое лечение;
- 3 группа - 800 больных, прошедших курс флебосклерозирующей терапии (ФСТ);
- 4 группа - 85 больных, которым было проведено комбинированное лечение.

По материалам обследования первой группы больных выявлено, что распространенность варикозной болезни среди активной части населения составляет 17%, а среди женщин достигает 21,5%. Среди занятых тяжелым физическим трудом заболеваемость еще выше и составляет 28,4%, причем разница в заболеваемости среди мужчин и женщин в этой группе пациентов почти не различается и составляет 27 и 29% соответственно. Это доказывает, что высокие физические нагрузки являются существенным фактором формирования варикозной болезни, хотя данный фактор можно отнести скорее к производящим, чем к предрасполагающим. Предрасположенность к варикозной болезни является фактором, связанным с наследственностью. Среди наших пациентов на наличие варикозной болезни у близких родственников указывало 67,4%, причем наследование по линии матери в различных вариантах составляет 71%. Мы не отмечаем преимущественного поражения правой или левой конечности. По нашим данным частота поражения правой и левой конечности составляет 30 и 27% соответственно, поражение обеих конечностей отмечается у 43% пациентов. Наиболее часто поражается большая подкожная вена (57,3%), малая подкожная вена (21,7%), а также обе вены одновременно (7,3%). Учитывая большую вариабельность варикозной болезни, 13,7% составляют другие варианты и комбинации.

Во вторую группу вошли 210 больных, - которые проходили лечение в сосудистом отделении Витебской областной клинической больницы.

При госпитализации пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей по различным причинам не оперируется 18% больных, при этом значительная часть из них может быть подвергнута флебосклерозирующей терапии или комбинированному лечению.

По нашим данным в процессе хирургического лечения осложнения развились у 17,6% пациентов. В 1,2% - вторичное заживление раны, 2,4% - краевой некроз кожи одной из ран, 3,3% - серозное воспаление ран, 8,3% - обширные гематомы бедра и 1,2% - прочие. Антибиотикотерапия применялась в 14% случаев, троксевазин в 25%, трентал в 10%, индометацин в 7%. Другие лекарственные препараты и физиотерапия применялись параллельно с названными препаратами.

Группа пациентов, получавшая ФСТ, представлена 800 больными, обратившимися на специализированный прием. По полу, возрасту и нозологическим формам заболевания она аналогична группе больных, получавших традиционное хирургическое лечение.

Флебосклерозирующая терапия так же, как и оперативное лечение, безусловно, имеет свои показания при ВРВНК. По нашему мнению к ФСТ нет относительных показаний, а есть определенные ограничения. Это наша принципиальная позиция.

Комбинированное лечение варикозного расширения вен нижних конечностей (ФСТ+хирургическое) показано в случаях ложных послеоперационных рецидивов, остаточных, трудно склерозируемых узлов, расширений вен тыла стопы, при неосложненных формах магистрального, магистрального разветвленного, мешотчатого и кавернозноподобного расширения, при сегментарных, линейных и внутрикожных расширениях, при наличии предъязвенной формы.

Комбинированное лечение проведено 85 пациентам (таблица 1). В большинстве случаев это были ограниченные (малоинвазивные) вмешательства, связанные с необходимостью разобщить венозные системы голени и стопы.

Таблица 1.

Характер оперативных вмешательств при комбинированном лечении ВБНК

№п/п	Характер оперативного пособия	Количество пациентов	%
1.	Резекция краевой вены	59	69,4
2.	Иссечение отдельных узлов	13	15,3
3.	Радикальная венэктомия	7	8,3
4.	Ликвидация А-V коммуникаций	1	1,2
5.	Другие операции	5	5,8

Наиболее часто встречалось венозное сплетение у внутренней лодыжки голени, причем, возможно самое разнообразное расположение ветвей. Под нашим наблюдением находилось 59 больных варикозным расширением вен стопы с расширением внутренней краевой вены, что составило 69,4% от получивших комбинированное лечение. Им произведена резекция внутренней краевой вены. При морфологических исследованиях препаратов краевой вены отмечалось образование интимальной подушки и укорочение венозных клапанов, разрастание коллагеновых волокон в интимае, утолщение эластических волокон в интимае и мышечной оболочке.

Второй проблемой, требующей комбинированного лечения, была неполная облитерация крупных узлов или их тромбоз. Иссечение отдельных узлов, как компонент комбинированного лечения, произведено у 15,3% больных.

Радикальные венэктомии после ФСТ выполнены в 8,3% в связи с быстрым и полным рецидивом варикозного расширения вен. У всех этих больных варикозное расширение рецидивировало практически в полном объеме в течение одного года от момента лечения, а первые признаки рецидива появились в течение ближайших 3-4 месяцев.

Таблица 2.

Сравнительные результаты хирургического, склерозирующего и комбинированного лечения ВБНК.

ОЦЕНКА	ХИРУРГИ- ЧЕСКОЕ		ФСТ		КОМБИНИ- РОВАННОЕ	
Отлично	36,63%	82,5	15,4%	87,5	37,7%	90,6
Хорошо	24,42%	%	42,3%	%	47,2%	%
Удовлетворительно	21,51%		29,8%		5,7%	
Неудовлетворительно	17,44%		12,5%		9,4%	
ИТОГО:	100%		100%		100%	

Как следует из таблицы 2, комбинированное лечение оказывается наиболее предпочтительным методом лечения, тем более что такому виду лечения подвергались пациенты, ряд которых находились на грани возможностей ФСТ. Комбинированное лечение в этих случаях проводилось как альтернатива операции.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о необходимости широкого внедрения флебосклерозирующей терапии как компонента лечения варикозной болезни нижних конечностей. Оперативное лечение и ФСТ, дополняя друг друга в различных вариантах, должны составить основу комбинированного лечения.

ВЫВОДЫ

1. Подавляющее большинство пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (57%) не получают никакого лечения, 29% пациентов лечатся эпизодически.

2. Хирургическое лечение направлено на радикальное удаление вен у пациентов с полностью сформировавшимся системным варикозным расширением. Ранние операции приводят к увеличению количества ложных рецидивов.

3. Начальные стадии заболевания, а также паравенозные варикозы (кожные ангиоэктазии, «паучки», «звездочки») не подвергаются лечению, хотя представляют собой значительную проблему для пациентов как серьезный косметический дефект. Кроме того, раннее начало лечения варикозной болезни может послужить мерой профилактики тяжелых осложнений.

Флебосклерозирующая терапия является эффективным методом лечения начальных стадий заболевания, а также адекватным паллиативным лечебным мероприятием при наличии противопоказаний к оперативному лечению.

5. Дифференцированный подход к формированию диагноза варикозной болезни у каждого конкретного больного и широкий выбор лечебных методов и их комбинаций позволяет персонифицировать лечение ВРВНК.

6. Разработанная система комбинированного лечения варикозной болезни позволяет значительно расширить круг пациентов и включить их в систему лечения с целью профилактики осложнений ВРВНК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров В.В. Выбор рационального хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей: Автореферат диссертации ... канд. мед наук: 14.00.27/ Белорус, ин-т усоверш. врачей. -Минск, 1998. -22 с. - Библиогр.: с.19 (6 назв.). -Б.ц.
2. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.: Флебология. - М.: Медицина, 2001.-664 с: ил.
3. Ходасевич СП. Инъекционные методы лечения варикозных вен нижних конечностей. Томск. 1948.
4. Belacek J; Petrasovic M; Schnorrer M Jr. Sclerotherapy of varicosities of the lower extremities. // [Skleroterapia varixov dolnyeh koncatin.] //Rozhl Chir 1996 Feb;75(2):73-5.
5. Campbell B; Dimson S; Bickerton D. Which treatment would patients prefer for their varicose veins? // Ann R Coll Surg Engl 1998 Nov; 80(6):447.
6. De Roos KP; Neumann HA. Muller's ambulatory phlebectomy for varicose veins of the foot [see comments]. Comment In: Demiatoi Surg 1999 Mar; 25(3):257//
7. Ishikawa M; Morimoto N; Sasajima T; Kubo Y; Nozaka T. Treatment of primary varicose veins: an assessment of the combination of high saphenous ligation and sclerotherapy.// Surg Today 1998;28(7):732-5.

Поступила 07.12.2004 г.