ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ПОДКОЖНЫХ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ

Профессор **И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ**, кандидат медицинских наук
М. Н. ХОМЧЕНКО

Из кафедры хирургии и анестезиологии (заведующий — профессор И. Б. Олешкевич) Белорусского института усовершенствования врачей (ректор — кандидат медицинских наук А. В. Руцкий) на базе Минской ордена Трудового Красного Знамени областной клинической больницы (главный врач — заслуженный врач БССР М. И. Котович)

Мы изучили 98 больных варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей. Мужчин было 37, женщин — 61. Возраст больных: 17—76 лет, преимущественно 30—60 лет (71,2%).

Продолжительность заболевания: до 5 лет — 9 больных, 6—10 лет — 41, 11—15 лет — 36, больше 15 лет — 12 больных.

Из 98 больных с поражением большой подкожной вены у 45 наблюдалось двустороннее поражение, у 34 больных — с левой стороны и у 19 больных — с правой стороны; у 14 больных, кроме большой, имелось варикозное расширение и малой подкожной вены. У 39 больных наблюдался тромбофлебит расширенных вен, у 17 — развились трофические язвы голени (у 14 больных — обеих голеней) и у 3 больных варикозно-расширенные вены осложнились кровотечением. Среди больных тромбофлебитом у 20 были поражены только подкожные вены, а у 19 — подкожные и глубокие.

При исследовании тщательно осматривались пораженные вены конечностей с использованием клинических проб Броди-Троянова-Тренделенбурга, Маерса, Шварца и Мак-Келиг-Хейордейла, Дельбе-Пертеса.

Лейкоцитоз и ускоренная РОЭ наблюдались только у больных варикозно-расширенными венами, осложнившимися тромбофлебитом. Протромбиновый индекс в пределах 90—100 был у 39 больных, 105—120 — у 37, выше 120 — у 4 больных.

При лечении трофических язв голени мы применяли ванночки с раствором марганцовокислого калия 1 : 8000 (Т-36°) продолжительностью 10—15 минут, повязки с 5% раствором хлористого натрия синтомициновой эмульсией, бальзамом Шестаковского; некоторым больным назначали облучение язв кварцевой лампой. Больным ограничивали движения, нижней конечности придавали возвышенное положение.

При острых тромбофлебитах мы проводили следующее лечение: паранефральная блокада, ежедневно пенициллин (400—600 тыс. ед.), стрептомицин (500 тыс. ед.) как внутримышечно, так и в виде короткой блокады. Из антикоагулянтов нами назначался фенилин (0,06—0,09 в сутки), причем последний применялся под контролем протромбина крови. После ликвидации острого воспалительного процесса больные подвергались оперативному лечению. Наблюдая больных тромбофлебитом при наличии варикозно-расширенных вен и оценивая результаты консервативного лечения, мы пришли к заключению о необходимости хирургического вмешательства.

Показанием к оперативному лечению явились: прогрессирующее расширение подкожных вен при недостаточности клапанов большой и малой подкожной вены; варикозное расширение вен, причиняющее субъективные расстройства; кровотечение из вен; отечность кожи и подкожной клетчатки в нижней трети голени; трофическое расстройство кожи, варикозные язвы голени, тромбоз и тромбофлебит с наклонностью к обострениям.

Перед операцией мы убеждались в наличии нормального оттока крови по глубоким венам и хорошей функции коммуникантных вен.

Оперативному лечению подвергались 75 больных. Операции производились под местной анестезией 0,25% раствором новокаина с добавлением пенициллина (100 тыс. ед. на 100 *мл* раствора). Операция начиналась с перевязки большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную вену. Вторым разрезом эта вена обнажалась в верхней трети голени или в нижней трети бедра; зонд в нее вводился в центральном направлении. Варикозно-расширенные вены на голени иссекались по методу Маделунга, а отдельные узлы прошивались по Шеде. Все раны зашивались наглухо. На нижнюю конечность накладывалась давящая повязка. Тромбированные вены иссекались вместе с кожей и окружающей клетчаткой, после тщательного гемостаза на кожу накладывались швы.

В послеоперационном периоде больным в течение 3—4 суток внутримышечно применялись пенициллин, стрептомицин и фенилин. Ходьба разрешалась с 3—5 дня. Швы снимались на 12—14-й день, марлевые шарики в месте прошивания по методу Шеде удалялись на 14—16-й день. Раны чаще заживали первичным натяжением с незначительной инфильтрацией тканей. Больные с неосложненным варикозным расширением вен находились на стационарном лечении 16—18 дней, с тромбофлебитом — 24—30 дней, с тромбофлебитом и трофическими язвами — 30—45 дней. За это время язвы у всех больных полностью заживали.

4 больным применили склерозирующую терапию (варикоцид, варикозан). У 19 больных проведено консервативное лечение, из них у 10 применен эсфлазид — 1, о чем подробно изложено в предыдущем сообщении. Оба эти метода применялись при небольшом расширении подкожных вен, расширении подкожных и глубоких вен, непроходимости последних, тромбофлебите, при наличии противопоказаний к операции из-за общего состояния больных.

Наш опыт и литературные данные показывают, что оперативное лечение варикозно-расширенных подкожных вен, включая и осложнения тромбофлебитом и трофическими язвами голени, безусловно, показано. Важным преимуществом хирургического лечения, по сравнению с консервативными методами, является его радикализм, а также значительное сокращение сроков лечения.