

К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Профессор **В. М. ВЕЛИЧЕНКО**, **П. Я. КАВЦЕВИЧ**

Кафедра общей хирургии (заведующий — профессор В. М. Величенко)
Витебского медицинского института и железнодорожная больница ст. Ви-
тебск (начальник И. М. Окунев)

Нами исследовано 230 больных с варикозным расширением вен нижних конечностей в возрасте от 16 до 80 лет, из них 138 женщин и 92 мужчины. Расширение вен на одной нижней конечности было у 140, на обеих — у 90 больных. Тромбофлебит имелся у 25, язвы — у 38, экзема — у 6, кровотечение из варикозного узла — у 4 больных.

Используя комплекс функциональных диагностических проб, мы смогли установить 2 стадии заболевания — компенсации и декомпенсации, в том числе у больных, ранее отнесенных к стадии осложнений (по классификации Г. Д. Мамактавишвили). Результаты проб у 110 больных приведены в таблице.

Таблица

Выполненные функциональные пробы	Всего больных			
	стадия компенсаци — 15		стадия декомпенсаци — 95	
	полож.	отрицат.	полож.	отрицат.
Броди — Троянова — Тренделенбурга	—	15	80	15
Шварца	—	15	70	25
Майгуса	3	12	78	17
Дельбе — Пертеса	15	—	67	28
Мейо — Мак — Келлига, Хейердейла	15	—	73	22
Берроу — Шейниса	13	2	82	13
Тальмана	13	2	78	17
Иванова	10	5	57	38
Претта	10	5	75	20

Учитывая трудности определения всех функциональных проб и неодинаковую их диагностическую ценность, мы начинали исследование больных с изучения показателей 3 основных проб: Броди-Троянова-Тренде-

ленбурга, Дельбе-Пертеса и Берроу-Шейниса. Другие пробы являлись вспомогательными и применялись при сомнительных результатах или при невозможности их выполнения. Имеет значение последовательность исследования. Вначале была определена проба Берроу-Шейниса или Тальмана, а потом — Дельбе-Пертеса, показания которой могут быть правильно оценены только с учетом состояния коммуникационных вен.

У 75 больных нами произведена флебография: у 58 — внутривенная и у 17 — внутрикостная. 50% раствор диадона вводили по методике, описанной В. Н. Шейнисом, Д. С. Кузьминым и П. Д. Файнгофом, с той лишь разницей, что угол наклона стола достигал у нас 10° и рентгенография голени производилась в 2 проекциях.

У больных в стадии компенсации на флебограммах глубокие вены имели ровные контуры, хорошо определялись клапаны. Коммуникационные вены были умеренно извилисты, в поверхностных венах контраст не определялся. В стадии декомпенсации глубокие вены чаще имели веретенообразную форму, нередко с боковыми выбуханиями на бедре, диаметр их достигал 2,5—3 см. Контрастное вещество заполняло поверхностные вены. Коммуникационные вены представлялись равномерно расширенными и извилистыми.

Лучшим вариантом рентгенологического исследования мы считаем внутривенную флебографию. Внутрикостную флебографию следует производить лишь в случаях распространенных кожных поражений и при отсутствии пригодных для пункции вен стопы или нижней трети голени. После внутрикостной флебографии у большинства больных в течение 4—5 дней определялась болезненность в зоне пункции, а у 1 больной наступил асептический некроз участка мягких тканей, по-видимому, вследствие просачивания диадона.

У 40 больных (с наличием варикозного расширения вен нижних конечностей с трофическими язвами или больных старше 75 лет) нами с успехом применялось наложение цинк-желатиновых повязок по Огнєву-Кеферу, в 2—3 этапа, с переходом в дальнейшем на ношение эластического чулка.

Показанием к оперативному лечению являлось варикозное расширение вен нижних конечностей в стадии декомпенсации, особенно осложнившееся язвами, экземой, флебитом и кровоотечением из узлов (125 больных), но при условии достаточной проходимости глубоких вен. У 15 больных операция произведена в стадии компенсации.

Перед операцией гнойные язвы хорошо очищались после повязок с гипертоническим раствором хлористого натрия или с раствором фурацилина. При тромбофлебите варикозных вен в предоперационном периоде конечности придавалось возвышенное положение, применялись повязки с мазью Вишневского в течение 7—8 дней, больные получали реопирин внутримышечно и димедрол внутрь. Некоторым больным на варикозные язвы с обильным гнойным отделяемым на 10—12 дней накладывали цинк-желатиновые повязки, и больные продолжали выполнять обычную работу.

Радикальная флебэктомия производилась комбинированным способом, преимущественно по Троянову-Бэбкоку-Нарату с перевязкой перфорационных вен.

После операции конечности придавали возвышенное положение. Активные движения в постели выполнялись уже в первые сутки, вставать разрешали с 3—4 дня (без нагрузки на оперированную конечность), а ходить с нагрузкой — с 5—6 дня.

В послеоперационном периоде 20 больным, у которых содержание

протромбина в крови повышалось до 100% и выше, назначали пелентан или фенилин, снижая индекс протромбина до уровня 40—50%.

Непосредственные результаты у 140 оперированных больных были хорошими. У 18 больных после операции наблюдалась отечность подкожной клетчатки голени. В этих случаях мы применяли эластическое бинтование или ношение эластического чулка в течение 1,5—2 мес. Отдаленные результаты мы изучили у 120 больных — у всех они оказались хорошими.

У 30 больных с сегментарным компенсированным варикозным расширением вен произвели склерозирующее лечение 5% варикоцидом. После введения варикоцида накладывали эластический бинт на 3—4 дня и разрешали ходить. Однако результаты лечения не во всех случаях оказались хорошими. Мы убедились, что в случаях, когда из участка варикозно расширенных вен перкуторно передается толчок на основной ствол большой подкожной вены, то от склерозирующего лечения необходимо отказаться, так как вскоре после лечения проходимость сосуда восстанавливается. Склерозирующая терапия является эффективной только при наличии мелких варикозно расширенных вен и в ряде случаев хорошо дополняет основной оперативный метод.

Таким образом, у всех больных варикозным расширением вен нижних конечностей возможно установить стадию компенсации и декомпенсации путем применения известных функциональных проб и флебографии. Внутривенная флебография позволяет наиболее четко выявить проходимость глубоких вен и состояние клапанов магистральных и перфорантных вен. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты получены после радикальной флебэктомии по Троянову-Бэбкову-Нарату. Метод склерозирующей терапии дает благоприятные результаты только при сегментарном расширении вен.

ЛИТЕРАТУРА

Мамагавришвили Г. Д. Болезни вен. Изд. Медицина, 1964.—Шейнис В. А. Вестн. хирургии, 1950. № 6, с. 55.—Кузьмин Д. С., Файнгоф П. Д. Вестн. хирургии, 1964, № 7, с. 116.

ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE VARICOSE DILATATION OF THE LOWER EXTREMITY VEINS

V. M. Velichenko, P. Ya. Kavtsevich

SUMMARY

230 patients with varicose dilatation of the veins of the lower extremities were investigated. A radical phlebectomy was carried out following the Troyanov-Bebkov-Narat method on 140 patients (125 at the stage of decompensation and 15 at the stage of compensation). Immediate good results were marked in all the operated on patients. Remote results were studied in 120 patients and they all occurred to be favourable.