

B. B. МИХАЛЬЧЕНКО, T. C. САРТАЕВ, C. B. МИХАЛЬЧЕНКО

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

(Клиники МКТУ, Областная клиническая больница, медицинский сосудистый центр, г. Шымкент)

Проведен анализ комплексного лечения 1856 больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (исследуемая группа) и ретроспективный анализ 900 историй болезней с ХВННК (контрольная группа). Для комплексного лечения применялось: 1) оперативное лечение – удаление венозных конгломератов из небольших плоскостных разрезов, стволовая одномоментная электрокоагуляция большой подкожной вены; 2). консервативное лечение (до и после операции и на стадии реабилитации) – введение озонированных растворов + актовегин в дозе 750–2500 мг, флеботоники, компрессионные повязки. Изучены показатели метаболических процессов в пораженной конечности и в общем кровотоке. Комплексная терапия дает хорошие ближайшие отдаленные результаты (до 10 лет) в 78,1% случаев.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижней конечности является объектом пристального внимания ангиохирургов. Актуальность проблемы ХВН обусловлено ростом её частоты и высоким уровнем рецидивов. Число больных с ХВН в европейской популяции ежегодно растет, так после 35 лет встречается в 32% - 86%, лиц женского пола и у 28 % - 15% - мужского.

Факторами риска развития венозной патологии является: преклонный возраст, повышение индекса массы тела, длительные ортостатические нагрузки, наследственный фактор, травма крупных сосудов, острые и хронические воспалительные заболевания.

Цель. Улучшить результаты лечения больных с ХВН нижних конечностей путём разработки новых методик оперативного лечения, изучить влияние озонированных растворов и актовегина, флебодии на микроциркулярные процессы.

Материал и методы. Проведен анализ комплексного лечения 1856 больных с 1995-2009 г. (исследуемая группа) с ХВН нижних конечностей: варикозная болезнь (ВБ) - 39,3% посттромбофлебетическая болезнь (ПТБ) - 60,7 %. Для определения эффективности предложенного метода лечения проведен ретроспективный анализ 900 историй болезни (контрольная группа) находившихся на стационарном лечении получающих общепринятый стандарт лечения. Среди обследованных больных исследуемой группы преобладали пациенты женского пола - 84,6 %, возраст колебался от 16 до 70 лет, из них городские жители - 64,9 %, сельских - 35,1 %.

Большую часть составляли пациенты трудоспособного возраста - 74,4 %.

Длительность заболевания колебалась от года до 70 лет, давность заболевания от 6 до 15 лет - 79,6 %.

Патологический процесс чаще локализовался на левой нижней конечности - 61,4 %, причем в бассейне большой подкожной вены (БПВ) - 78,1%.

Всем больным до и после лечения проводились инвазивные и неинвазивные методы исследования: РВГ, УЗИ, лабораторные исследования (окисление липидов (пол), молекулы средней массы (МСМ), внеэрритроцитарный гемоглобин (ВЭГ); газы крови (pCO₂, pO₂) в общем кровотоке и в крови оттекающей от пораженной конечности.

Комплексное лечение больных с ХВН нижних конечностей подразделялось на три этапа: предоперационный, оперативное вмешательство и послеоперационный - реабилитационный, который проводился на амбулаторном этапе.

Консервативная терапия включала использование озонированных растворов на фоне актовегина в дозах 750–2500 мг, венотоники (флебодии).

Для хирургического лечения использовалась одномоментная электросклеротерапия бассейнов БПВ и МПВ, удаление сегментарных варикозно-расширенных вен и перевязки перфорантных вен из небольших плоскостных разрезов (патент №82.20 от 25.05.99 г). Основной целью оперативного лечения являлась: устранение патологического рефлюкса на всем протяжении БПВ и МПВ нижней конечности и исключение травматизации окружающих мягких тканей, лимфатических и нервных волокон.

Способ оперативного вмешательства: перевязка БПВ и ее ветвей в овальном отверстии по Троянову и дистального отдела выше на 1 см внутренней лодыжки. Катетер вводится в БПВ дистального отдела до перевязонной БПВ в овальном отверстии. Катетер имеет проводник с электродом для электрокоагуляции, введен в хлорвениловую трубку, на конце с отверстием для введения склерозанта. Для склеротерапии использовали 3% фибровейн или этоксисклерол.

Реабилитация пациентов начиналась с первого послеоперационного дня в стационаре, на амбулаторном этапе комплексная терапия проводилась (2-3 раза в год). Все больные в течение года получали комплексную терапию в течение 3, 5, 10, 15 лет, что позволяло в динамике установить все формы изменений со стороны всех жизненно важных систем (сердечно-сосудистой, почечно-печеночной и желудочно-кишечной). Комплексную терапию на этапе реабилитации включали внутривенную инфузционную терапию (озонированные растворы на фоне актовегина в дозах 750-2500 мг), венотоники (флебодиа), физиолечение (лазертерапия) в зоне послеоперационных швов и по ходу сосудистых нервных пучков нижних конечностей, использование компрессионных повязок (фирмы Сигварис), лечебная гимнастика.

Критериями оценки результатов лечения являлись клинические данные: наличие или отсутствие жалоб, рецидива варикоза, состояние послеоперационных рубцов (косметический эффект), улучшение качества жизни. Результаты протоколировались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Хорошие результаты - у больного не регистрировали имевшиеся ранее симптомы заболевания, отсутствие рецидива варикозного расширения вен, послеоперационные рубцы нежные, едва заметные.

Удовлетворительные - у больного клинические проявления оставались на прежнем уровне, но не прогрессировали. Неудовлетворительные - после проведенного оперативного лечения и комплексной реабилитационной терапии прогрессировали симптомы основного заболевания.

Результаты обсуждения. У больных с ХВН нижних конечностей до лечения наблюдалось ухудшение показателей метаболических процессов. Повышение напряжения р.СО₂ в 1,8 раза, снижение парциального давления рО₂ в 1,5-1,8 раза

в крови, оттекающей от пораженной конечности и в 1,2-1,3 раза в общем кровотоке.

Поражение клапанов в системе БПВ встречалось при ВБ от 93,8 до 100 % случаев, при ПТБ от 92,1 до 96,4 %.

Ультразвуковое исследование с достаточной точностью (89,8-98,1 %) позволяло определить наличие и уровень поражения клапанов глубоких вен, степень реканализации их и оценить состояние регионарного кровотока. Тем самым определить показания к оперативному вмешательству.

Учитывая, что УЗИ не в полном объеме решает все вопросы о выборе метода операции для верификации УЗИ и решения данного вопроса мы использовали восходящую функционально-динамическую флегографию (пред. патент № 8242 от 29.05.99). Совпадение диагнозов отмечено в 98,6 %.

Критериями оценки ближайших послеоперационных осложнений являлись: частота послеоперационных осложнений (в исследуемой группе – 0,9% случаев, в контрольной – 16,4%) послеоперационных койко-дней (в исследуемой группе – 3,5, в контрольной – 13,6). Отдаленные результаты прослежены от 1 до 10 лет.

Хорошие результаты до 1 года отмечены у 96,4, до 6 лет – у 89,1%, до 10 лет – у 47,3%, в контрольной группе соответственно – 84,1%, 61,3% и 47,3%.

У всех больных в сроках 6-10 лет наблюдалась нормализация метаболических процессов в оперированной конечности у 96,4% и в общем кровотоке у 94,1%, в контрольной соответственно - 71,1%, 69,1% .

Выводы:

1. У больных с ХВН нижних конечностей наблюдается в предоперационном периоде снижение показателей метаболических процессов в 2,5 раза в крови оттекающей от пораженной конечности, и их нормализация у 96,4 % в сроках от 6 до 10 лет.

2. Результаты РВГ, УЗИ, флегографии позволяет с достаточной точностью от 87,4 до 98,6 % оценить состояние регионарного кровотока у больных ХВН нижних конечностей, определить показания и тактику оперативного лечения.

3. Одномоментная электросклеротерапия, использование небольших плоскостных разрезов для удаления сегментарного варикоза и перевязки перфорантных вен снижает процент послеоперационных осложнений (в 2,5-3 раза). Хорошие

результаты до года в 96,4% , до 6 лет в 89,1%, до 10 лет в 78,1%.

4. Использование озонированных растворов на фоне актовегина в дозах 750–2500 мг 2-3 раза в год в реабилитационном периоде позволяет нормализовать микроциркуляторные процессы в 96,4 % и снизить процент послеоперационных осложнений до 0,9%.

5. Комплексное лечение больных с ХВН нижних конечностей (одномоментная электросклеротерапия, медикаментозная терапия, лазеротерапия, использование компрессионных повязок, ЛФК) дает хорошие ближайшие результаты у 96,4% и отдаленные у 89,1%.

Резюме

Аяқ көк тамырларының жетіспеушілігімен науқастанған 225 екіқабат әйелдердің жатыр қансырауының алдын алу әдістері және кешенді емдеу әдістері ұсынылған. Барлық науқастар ДВС синдромының қатерлі тобына жатады. Ауқымды ем ретінде: 1. Оперативті ем-ұлғайған көк тамырларды кесу арқылы алу, үлкен тері асты көк тамырын электрокогуляция жасау арқылы алу. 2. Консервативті ем (операцияға дейін және операциядан кейінгі кезең, реабилитация кезеңі) – озондалған сұйықтықтар + актовегин 750–2500 мг-та дейін, флеботониктер, компрессиялық таңулар. Жалпы қан айналымда зақымдалған аяқтың метаболикалық процестің көрсеткіштері зерттелген. Жалпы ауқымды емнің жақын және алыс нәтижелері жақсы көрсеткіштерді береді.