



РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

УДК 614

Матвеев С.В., проректор Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета, доктор медицинских наук;

Науменко Э.В., ординатор хирургического отделения, филиала № 4 ГВКГ им Н.Н. Бурденко

Хроническая венозная недостаточность — патологическое состояние, к которому приводят два основных наиболее распространенных заболевания вен нижних конечностей: варикозная и посттромбофлебитическая (посттромботическая) болезни.

Заболевание заключается в постепенном расширении подкожных вен и перфорантов, что приводит к относительной недостаточности клапанов, возникновению патологического тока крови (венозного рефлюкса) с последующей декомпенсацией венозного оттока.

На начальном этапе варикозной болезни больные предъявляют жалобы лишь на косметические дефекты (0—1 ст. заболевания). При нарушении кровообращения на первый план выдвигаются жалобы на тяжесть, усталость, парестезии, тупые распирающие боли в пораженной конечности, ночные судороги в мышцах. Нарастание венозной недостаточности, особенно за счет коммуникантных вен, приводит к декомпенсации венозного кровообращения, что проявляется увеличением боли, отека конечности, появляется зуд.

Комплексное хирургическое лечение варикозной болезни нижних конечностей должно включать в себя физиотерапевтические курсы реабилитации, массаж нижних конечностей и активную венозную гимнастику, применение венотоников и компрессионного трикотажа. Не снижая радикальности вмешательства, медицинская реабилитация позволяет добиваться хороших эстетических и медико-социальных результатов. Использование этой технологии ведет к снижению сроков лечения и нетрудоспособности пациентов и, следовательно, является экономически более выгодным.

Варикозная болезнь (ВБ) продолжает лидировать среди заболеваний периферического сосудистого русла, ее частота, по данным различных авторов, достигает 40% [1].

В результате проведенного всемирной организацией ангиологов мультицентрического исследования по распространенности ХВН в Европе среди лиц в возрасте от 30 до 70 лет, заболевания вен составляют примерно 25–50%, средний возраст большинства пациентов составляет 45,5 лет [2].

Основным методом лечения варикозной болезни нижних конечностей до сих пор является хирургический.

Тем не менее пациенты с варикозной болезнью нередко переносят повторные операции по поводу рецидива или прогрессирования заболевания. Одним из способов решения этой проблемы является комплексное лечение хронической венозной недостаточности, состоящее из хирургического и лечения с использованием физических факторов.

Учитывая, что варикозная болезнь является хронически текущим заболеванием, пациенты нуждаются в постоянном наблюдении и в постоянной курсовой медикаментозной терапии для раннего выявления продолжения болезни.

Варикозная болезнь проявляется рядом симптомов венозной недостаточности, снижающих качество жизни: изменяет физическую активность, ухудшает психоэмоциональную сферу и работоспособность.

Для оценки качества жизни используют многоаспектные шкалы и опросники, применяющиеся в здравоохранении более 40 лет [8]. Для пациентов с венозными заболеваниями специфическим является опросник CIVIQ, разработанный профессором Парижской Лаборатории Здравоохранения Лануа [9].

Опрос пациентов до и после комплексного лечения, включающего и оперативное и лечение с использованием физических факторов (магнитотерапия, лазеротерапия,

бальнеотерапия, лимфодренирующий массаж, венозная гимнастика для нижних конечностей) позволил определить качество жизни у больных с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей и несколько иначе взглянуть на результаты лечения.

Материал и методы

В хирургическом отделении филиала № 4 ГВКГ им. Н.Н.Бурденко в период с 2002 по 2009 год было выполнено 284 комбинированных флебэктомий, 40 больным выполнена флебэктомия с эндодиссекцией перфорантных вен, больным со 2-й и 3-й формами варикозной болезни (сегментарный и распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам). Чаще всего больным выполнялись комбинированные флебэктомии, флебэктомии с эндодиссекцией перфорантных вен и флебэктомии со склерооблитерацией притоков на голени.

Все пациенты при поступлении в стационар проходили полный комплекс общеклинического обследования, которое включало в себя обязательное дуплексное сканирование венозной системы в бассейне нижней полой вены.

Всем пациентам в подавляющем большинстве выполнялся как в до-, так и после операции комплексный курс реабилитации (7–10 сеансов магнитотерапии на пораженную конечность продолжительностью до 30 минут, лимфодренирующий массаж около 30 минут, после применялась активная венозная гимнастика нижними конечностями в течение 30 минут до 3 раз в сутки, кроме того все больные активно занимались плаванием 2 раза в неделю не менее 40 минут). Кроме того пациенты строго обязательно пользовались компрессионным трикотажем 1–2 класса компрессии и принимали венотоники (детралекс, флебодиа-600, антистакс, вазокет).

Результаты

Результаты операций контролировались в сроки от 1 месяца до 5 лет. Состояние пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах сравнивали по следующим критериям: наличие послеоперационных гематом, послеоперационные лимфореи, нарушение тактильной чувствительности, болевые ощущения, качество жизни, длительность послеоперационной реабилитации. Для оценки качества жизни использовался разработанный на основе CIVIQ оригинальный опросник. Состоящий из 22 вопросов по 10 балльной шкале. Опрос пациентов проводился в течение 14 дней после операции и через 6 месяцев. Улучшение по данным объективного обследования наблюдалось у 30 (70%) пациентов и по данным опросника — у 35 (86%) пациентов.

Длительность послеоперационной реабилитации напрямую зависела от объема интраоперационного вмешательства и от применения физических факторов как в до-, так и в послеоперационном периодах. При применении физических факторов лечения наблюдалось значительное сокращение госпитального койко-дня и оптимального субъективного самочувствия.

Заключение

Эффективным подходом к комплексному хирургическому лечению больных с 2-й и 3-й формой варикозной болезни является комбинированная флебэктомия с эндодиссекцией перфорантных вен на голени (при их количестве более 3) и обязательным использованием физических факторов как в до-, так и в послеоперационном периодах. Такой комплексный подход к этой непростой патологии ведет к снижению рецидива и прогрессирования венозной недостаточности нижних конечностей.



Причем всем пациентам назначался компрессионный трикотаж (1–2-го класса компрессии с постоянным курсовым приемом венотоников).

У таких пациентов лечение после выписки из стационара не заканчивается.

Они продолжали активно заниматься собой на основе рекомендаций лечащего врача (активная венозная гимнастика и плавание 3 раза в неделю не менее 40 минут).

Такие больные продолжают наблюдаться и объективно. Контролем является дуплексное ангиосканирование сосудов нижних конечностей (в частности глубокая венозная система, оставшиеся поверхностные вены). Контроль производился через 3 месяца после операции, через 6 месяцев, через 1 год. Затем 1 раз в год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая ангиология. Руководство для врачей под ред. А.В. Покровского. М.: Медицина. 2004; 2:788–809.
2. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др. Флебология: Руководство для врачей, под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина. 2001; 438:647.
3. Гавриленко А.В., Вахратян П.Е., Шкатов В.А. и др. Сравнительная оценка методов хирургического лечения варикозной болезни. Ангиология и сосудистая хирургия. 2004; 10:87–90.
4. Суканов Ю.Т., Суканов А.Ю. Качество жизни больных при хирургическом лечении варикозного расширения вен нижних конечностей. Хирургия журнал им. Н.И. Пирогова. 2003; 11:11–16.
5. Савельев В.С. Флебология. М.: Медицина. 2001; 478–482, 559.
6. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. – М.: «Берег». 1999; 69–88.
7. Villavicencio L. Хирургическое лечение первичного расширения вен нижних конечностей: прошлое и настоящее. Флебология. 2002; 45:3–11.
8. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы и опросники в медицинской реабилитации. – М.: «Антидор» 2002; 173.
9. Launois R. Construction and validation of a specific healthrelated qualityoflife questionnaire in chronic venous insufficiency. Quail Life Rees. 1995; 4:572–573.

РЕЗЮМЕ

В статье представлен опыт лечения 40 пациентов со 2–3-й формой варикозной болезни (сегментарный и распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам) и ХВН-1, согласно отечественной классификации. У этой категории больных выполнялись следующие оперативные вмешательства: комбинированная флебэктомия с эндоскопической диссекцией перфорантных вен, короткий стриппинг и иссечением или разрушением варикозных притоков, короткий стриппинг и склерооблитерация ствола. Подавляющему большинству пациентов после операции проводилась физиотерапевтическая реабилитация, лимфодренирующий массаж нижних конечностей, назначалась лечебная венозная гимнастика с обязательным компрессионным трикотажем и приемом венотоников.

Ключевые слова: варикозная болезнь, рецидивы варикозной болезни.

ABSTRACT

Complex surgical and medical therapy was used for 40 patients with lower limb variceal disease 2nd and 3rd form (segmental and disseminated varices with reflux through the superficial and perforant veins) and chronic venous insufficiency stage 1 (according to the Russian classification).

While preserving the radicality, these interventions yield favorite esthetical results, reduce the time of postoperative recovery and disability, thus, appear to be cost effective.

Key words: variceal disease, recurrent variceal disease.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХЛОРИДНЫХ НАТРИЕВЫХ ВАНН ИЗ МОРСКОЙ НЕРАФИНИРОВАННОЙ СОЛИ КРЫМА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

УДК 614

Бадтиева В.А., Бадалов Н.Г., Трухачева Н.В.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии, Москва

Аннотация

В реабилитации 21 больного с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВННК) на фоне стандартного медикаментозного лечения были использованы общие хлоридно-натриевые ванны из морской нерафинированной соли. После 2-недельного курса бальнеотерапии, в отличие от 19 больных ХВННК, получавших только курс стандартной фармакотерапии, отмечалась более выраженная положительная динамика маллеолярного обмена ($p < 0,05$), достоверное усиление активных механизмов модуляции кровотока, а также существенное уменьшение застойных явлений в нижних конечностях.

Введение

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей является самым распространенным заболеванием периферической сосудистой системы и одной из основных причин временной нетрудоспособности и ухудшения качества жизни у 40–50% части трудоспособного населения [1, 5, 8].

Приоритетными направлениями лечения заболеваний вен нижних конечностей являются: снижение до безопасного уровня венозной гипертензии, улучшение

микроциркуляции и гемореологии, повышение лимфодренажной функции [1, 7]. Однако длительное хроническое прогрессирующее течение, развитие осложнений, недостаточная эффективность консервативной терапии осложняет эту задачу [3, 7]. Поэтому поиск эффективных и безопасных способов лечения ХВННК является весьма актуальной проблемой.

В лечении хронической венозной недостаточности широкое применение получили методы бальнео- и гидротерапии, в частности использование ванн с различным минеральным составом, морских купаний, контрастных ванн и др. [2, 4]. Одним из наиболее популярных являются хлоридные натриевые ванны. Они приготавливаются как из природной хлоридной натриевой воды, так и искусственно, путём растворения соли в пресной воде. Обоснованием изучения хлоридных натриевых ванн из морской нерафинированной соли Крыма при ХВННК явились данные, свидетельствующие о более богатом минеральном составе этих вод, по сравнению с аналогами и искусственно приготовленными хлоридными натриевыми водами, имеющими в своём составе в основном лишь ионы натрия и хлора. В их кристаллическую решетку