

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ВАРИКОЦИДОМ

М. Г. Скворцов

Кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и хирургическое отделение 12-й горбольницы (главрач — Т. М. Барышева)

Варикозное расширение вен нижних конечностей, известное со времен Гипократа, является распространенным заболеванием и занимает первое место среди сосудистой патологии конечностей. По бюллетеням общественного здоровья США это заболевание стоит на 7-м месте среди 28 хронических, часто встречающихся форм патологии (Тубиана). Удельный вес больных с расширением вен в хирургических стационарах составляет 3—4% (Д. Г. Мамамтавршвили). Проблема лечения варикозного расширения вен настойчиво требует своего разрешения.

За последние 2—3 года в отечественной литературе появилось несколько работ по лечению варикозного расширения вен нижних конечностей варикоцидом — 5% водным раствором натриевых солей жирных кислот рыбьего жира (выпускается в ампулах, содержащих 2—3 мл препарата).

Варикоцид разрушает эндотелиальный покров, вызывает асептический некроз и флебит с последующей облитерацией и склерозированием вены.

Мы начали применять варикоцид при варикозном расширении вен нижних конечностей с 1963 г. На конец 1966 г. было 87 больных, леченных варикоцидом (71 женщина и 16 мужчин), из них стационарно лечилось 75, амбулаторно — 12.

Методика применения варикоцида. Больного укладывают на перевязочный стол или усаживают со спущенными ногами. Кожу конечности тщательно обрабатывают спиртом. Инъекцию вены делают тонкой иглой с коротким срезом. Для создания застоя крови в венах кратковременно слегка придают вену рукой выше места инъекции в момент введения препарата. Введение варикоцида лучше начинать с периферических узлов, где варикоз меньше выражен. Введение же с самого начала в магистральные вены вызывает быстрое спадение вен коллатералей, которые ввиду этого станут мало заметными и недоступными для введения препарата.

Сразу же после инъекции варикоцида (вслед за последней каплей в шприце) необходимо придавить вену широким марле-ватным тампоном и придерживать до наложения давящей повязки. Давящую повязку накладывают широким марлевым или эластичным бинтом, со стопы вверх, при равномерном и легком сдавлении подкожных вен, в приподнятом положении конечности. Количество применяемого на сеанс лечения варикоцида не должно превышать 5—6 мл. Вводить его следует, пунктируя вену (в зависимости от ее калибра) в нескольких местах. В большие узлы и магистральные вены вводят 1—1,5 мл, а в коллатерали и средние узлы — 0,5—0,7 мл. Чтобы исключить образование тромбов и перифлебитов, а также раздражение препаратом окружающих вену тканей, необходимо избегать сквозного прокалывания вены.

После введения варикоцида больной через 30—40 минут может встать и активно передвигаться. Первые дни после введения варикоцида надо избегать продолжительного стояния и сидения со спущенными ногами, чтобы не вызвать застоя в глубоких венах. Ношение тугой повязки или резиновых чулок в течение 1-й недели обязательно даже в постели. В течение 1 месяца чулки необходимо носить во время работы и при продолжительной ходьбе, что способствует полному склерозированию вен. Соблюдение этих правил предотвращает образование асептических тромбофлебитов, которые очень медленно рассасываются (в течение нескольких недель и даже месяцев). Больные находятся в стационаре от 2 до 5 дней.

При выраженном варикозе нижних конечностей мы применяем также комбинированный метод: 1) чрескожная перевязка шелком основных стволов вен в 5—7 местах, отсасывание шприцем крови из отрезков вены между лигатурами с последующим введением варикоцида и наложением давящей повязки; 2) флебэктомия при тромбофлебитах (после ликвидации острого процесса) и введение варикоцида в оставшиеся расширенные невоспаленные вены.

В сроки от 1 месяца до 3 лет после инъекций варикоцида нами осмотрено 75 больных. Отличные результаты получены у 43 больных, хорошие — у 23, удовлетворительные — у 7, у 2 больных эффекта не было. У 4 больных возникла аллергическая реакция на препарат.

Противопоказаниями к применению варикоцида являются: 1) непроходимость глубоких вен конечностей; 2) выраженные заболевания сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, эндартерит), заболевания почек, печени; 3) гнойные заболевания кожи; 4) острые и подострые тромбофлебиты, флеботромбозы.

При склерозированных, ригидных, мешотчатых венах показано оперативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

Мамамтавршвили Д. Г. Болезни вен. Медицина, 1964.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА У РОЖЕНИЦ С ТОКСИКОЗАМИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ И С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А. П. Марусов

*Родильный дом № 7 (главврач — И. А. Кудряшова) и родильный дом № 3
(главврач — А. П. Ершова) г. Горького
Научный руководитель — проф. С. С. Добротин*

В настоящее время во многих вспомогательных учреждениях применяют вакуум-экстрактор при токсикозах второй половины беременности. Однако целый ряд исследователей считает, что у рожениц, страдающих тяжелыми формами позднего токсикоза беременности, вакуум-экстрактор не следует накладывать, так как вакуум-экстракция требует большого физического напряжения роженицы. Спорен вопрос и о применении вакуум-экстракции у рожениц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Мы произвели вакуум-экстракцию плода у 40 рожениц с токсикозом второй половины беременности. Первородящих было 37 (из них 4 — «старых»), повторнородящих — 3. У 22 нефропатии сочеталась со слабостью родовой деятельности, у 11 — с преждевременным отхождением околоплодных вод, у 2 — с многоводием, у 1 — с фибромиомой матки, у 4 — с повышенной температурой в родах. Недоношенная беременность была у 4 рожениц, переношенная — у 3, двойни — у 3, из них у одной вакуум-экстрактор был наложен обоим детям. Rh-отрицательная кровь была у 1 роженицы.

У 18 рожениц с целью стимуляции родовой деятельности произведено вскрытие плодного пузыря при открытии шейки матки на 2—2,5 пальца. Медикаментозное возбуждение родовой деятельности на фоне фолликулина или синэстрола проводилось всем 40 роженицам. У 4 рожениц были применены кожно-головные щипцы по Гаусс—Иванову при открытии шейки матки на 2—2,5 пальца, так как от медикаментозной родостимуляции эффекта не было. В целях борьбы с ригидностью шейки матки 3 роженицам вводили в шейку новокаин с атропином. При нефропатии мы применяли 25% раствор магнезии по схеме Д. П. Бровкина, дибазол, 40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно, оксигенотерапию, 2,4% раствор аминазина, давали резерпин, эуфиллин. 3 роженицам сделали кровопускание (150—200 мл), так как вышеуказанное лечение было безрезультатным. Пенициллин получали 10 рожениц. Внутреннее исследование, инъекции и другие манипуляции осуществлялись под эфирным наркозом. Всем роженицам периодически проводилась триада по А. П. Николаеву с целью профилактики асфиксии плода.

По тяжести заболевания больные распределялись следующим образом: нефропатия I ст. была у 27 рожениц, II ст. — у 10, III ст. — у 2, эклампсия — у 1. К моменту наложения вакуум-экстрактора у всех 40 женщин было полное открытие шейки матки. Головка плода у 2 рожениц была прижата ко входу в малый таз, у 3 стояла малым сегментом во входе в малый таз, у 16 — большим сегментом. У 20 рожениц головка была в полости малого таза. У 1 роженицы вакуум-экстрактор накладывали на головку плода при низком поперечном стоянии стреловидного шва, у 1 было переднезаднее вставление.

Разрыв шейки матки I ст. произошел у 3 родильниц, II ст. — у 2; разрыв промежности I ст. — у 8, II — у 3; рассечение промежности с профилактической целью было произведено у 13; разрыв стенок влагалища произошел у 4.

Последовый период у 31 женщины протекал без осложнений; у 1 родильницы в связи с дефектом последа и у 8 с целью остановки кровотечения при атонической матке было сделано ручное обследование полости матки.

Послеродовой период у 37 родильниц протекал без осложнений, у 2 наблюдалось частичное расхождение швов на промежности, у 1 — флебит вен левой нижней конечности.

11 детей родились в удовлетворительном состоянии, 5 — в легкой асфиксии, 20 — в асфиксии средней тяжести, 5 — в тяжелой асфиксии. Оживление детей проводилось по методу И. С. Легенченко и Л. С. Персианинова, у одного ребенка прибегли к интубации, некоторым детям вводили сердечно-сосудистые средства.

30 детей родились с весом от 2750 до 4000 г, 7 — от 4050 до 4700 г и 4 — от 2000 до 2600 г.

У всех детей на головке в месте приложения колпачка вакуум-экстрактора возникла опухоль, которая проходила через 3—4 суток. У 4 новорожденных имелись следы от применения кожно-головных щипцов по Гаусс—Иванову, у 1 из них было нагноение на коже головки. У 2 детей на месте приложения колпачка вакуум-экстрактора были ссадины.

Табл. 1 иллюстрирует зависимость состояния новорожденных от тяжести токсикоза.