

ные и колбовидные вздутия вен бывают не только при окклюзионных заболеваниях артерий и не только при нарушении проходимости магистральных артерий. У 17 больных при блокадной облитерации магистральных артерий, т. е. при полном перерыве артерий на большом протяжении, этих локальных расширений мы не выявили.

4. Симптом дефекта наполнения глубоких вен, свидетельствующий о закрытии просвета вен субстратом, часто тромбом. В наших наблюдениях было 7 случаев тромбоза, из них 5 были выявлены прижизненно на основании этого симптома (см. рис. 6).

5. Симптом обеднения поверхностного венозного русла. По-видимому, в основе этого феномена лежит также нейрогенный фактор, обуславливающий усиление тонуса и ведущий к спазму поверхностных вен.

6. Симптом усиления поверхностного венозного русла. При такой форме изменений поверхностных вен на рентгенограммах наблюдается увеличенное количество венозных коллатералей.

7. Изменение интенсивности тени мягких тканей вокруг венозных сосудов. Изменение «плотности» мягких тканей вокруг вен связано с увеличением проницаемости сосудистой стенки, что определяется появлением «мраморного» сосудистого рисунка.

Описанные выше рентгенологические симптомы изменений в венах у больных с облитерирующими заболеваниями преимущественно функциональные. Для оценки кровоснабжения больной конечности эти данные нужно сопоставлять с результатами других исследований. Оценивая флебографию как метод диагностики облитерирующих заболеваний конечности, следует отметить, что она, безусловно, уступает ангиографии. Однако наличие нескольких приведенных выше симптомов на флебограмме свидетельствует о тяжести процесса и является дополнительным источником информации для оценки состояния кровообращения при облитерирующих заболеваниях сосудов конечностей.

Поступила 4 апреля 1977 г.

УДК 617.58:616.14—089—036.8

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*А. В. Телегин*

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. И. И. Клюев) медицинского факультета Мордовского государственного университета им. Н. Н. Огарева*

**Реферат.** Сопоставлены результаты хирургического лечения и восстановления трудоспособности в зависимости от метода оперативного вмешательства у 159 человек с заболеваниями вен нижних конечностей. Комбинированный хирургический метод лечения при варикозной болезни и тромбофлебите нижних конечностей обеспечивает высокий процент хороших непосредственных и отдаленных исходов (по нашим данным, 77,4 и 77,9 соответственно) и является надежным способом восстановления трудоспособности и предупреждения осложнений.

**Ключевые слова:** тромбофлебит, варикоз, реабилитация.

2 таблицы.

Настоящее сообщение основывается на опыте хирургического лечения и реабилитации 159 больных с варикозным расширением вен, поверхностным и глубоким тромбофлебитом нижних конечностей.

Как видно из приводимой ниже таблицы, эффективность применявшихся методов операции неодинакова, даже при удалении перфорационных вен. Следует отдавать предпочтение вмешательствам, обеспечивающим максимальное удаление подкожных вен. К ним относятся операции по Маделунгу с сепаровкой кожных лоскутов, по Маделунгу с дополнительными кожными разрезами и по Маделунгу — Соколову.

## Непосредственные результаты оперативного лечения

Операция	Число больных	Результаты лечения					
		хорошие		удовлетворительные		неудовлетворительные	
		число больных	%	число больных	%	число больных	%
По Маделунгу — Линтону . . . . .	63	44	69,8	19	30,2	—	—
По Беккоку — Маделунгу . . . . .	16	—	—	16	100	—	—
По Маделунгу с дополнительными кожными разрезами . . . . .	15	15	100	—	—	—	—
По Маделунгу с сепаровкой кожных лоскутов . . . . .	51	51	100	—	—	—	—
По Маделунгу — Соколову . . . . .	13	13	100	—	—	—	—
Тромбэктомия . . . . .	1	—	—	1	100	—	—
Всего . . . . .	159	123	77,4	36	22,6	—	—

Трудоспособность восстанавливалась в среднем через 5—6 недель после выписки из стационара.

Непосредственный эффект оперативного лечения при рассматриваемой патологии не остается стабильным. В дальнейшем нередко наблюдаются изменения: у одних — более полная нормализация кровообращения в конечности, у других, наоборот, ухудшение вплоть до явных рецидивов болезни. Поэтому для оценки эффективности принятой терапии важен учет отдаленных исходов лечения. Мы обследовали тех же больных на отдаленных сроках: от 6 месяцев до года — 24 чел, от 1 года до 5 лет — 51, от 5 до 10 лет — 59, свыше 10 лет — 25. При этом принимали во внимание как объективные данные, так и жалобы больного, его трудоспособность. Результаты считали хорошими при полном исчезновении всех субъективных и объективных симптомов, отсутствии расширения даже мелких вен, ликвидации осложнений, прекращении отеков и болезненных проявлений заболевания, восстановлении работоспособности больных в прежнем объеме; удовлетворительными — при отсутствии субъективных расстройств, но выявлении объективных признаков болезни: незначительно выраженного варикоза отдельных вен, небольших функциональных расстройств (жалобы на усталость и отек ног к концу дня). Эти пациенты также выполняли прежнюю работу. При рецидивах болезни со всеми болезненными проявлениями исходы расценивались как неудовлетворительные (см. табл. 2).

Таблица 2

## Отдаленные результаты оперативного лечения

Операция	Число больных	Исходы					
		хорошие		удовлетворительные		неудовлетворительные	
		число больных	%	число больных	%	число больных	%
По Маделунгу — Линтону . . . . .	63	42	66,6	19	30,2	2	3,2
По Беккоку — Маделунгу . . . . .	16	8	50	3	18,8	5	31,2
По Маделунгу с сепаровкой кожных лоскутов . . . . .	51	51	100	—	—	—	—
По Маделунгу с дополнительными кожными разрезами . . . . .	15	15	100	—	—	—	—
По Маделунгу — Соколову . . . . .	13	10	76,9	3	23,1	—	—
Тромбэктомия . . . . .	1	1	100	—	—	—	—
Всего . . . . .	159	127	79,9	25	15,7	7	4,4

Анализ полученных данных показывает, что операции по Маделунгу с дополнительными кожными разрезами и по Маделунгу с сепаровкой кожных лоскутов дают лучшие исходы лечения, чем другие оперативные вмешательства. Так, хорошие отдаленные результаты отмечены у всех 66 больных, оперированных этими методами. После вмешательства по Маделунгу — Линтону хорошие результаты констатированы в 66,6%, удовлетворительные — в 30,2% и неудовлетворительные — в 3,2%. Методы лечения по Беккоку — Маделунгу и Маделунгу — Соколову дали сравнительно неудовлетворительные результаты.

Среди причин рецидивов, по нашим наблюдениям, первое место занимает прогрессирующая недостаточность перфорационных вен, не ликвидированных во время операции, второе — нерадикальное удаление основного ствола на бедре и большой подкожной вены с ее ветвями на голени, третье — расширение малой подкожной вены и ее ветвей. При радикальном иссечении варикозных вен нижних конечностей достигалось восстановление нарушенного кровообращения путем направления тока крови по глубокой системе, а это обеспечивало трудоспособность больных в полном объеме и предотвращало рецидив болезни.

Для успешного восстановления трудоспособности — реабилитации больных с варикозным расширением вен и поверхностным тромбозом нижних конечностей необходимо более раннее их выявление. Большое значение имеет учет длительности временной нетрудоспособности лиц с различными проявлениями этой патологии. По нашим данным 104 больных находились на больничном листе, за год ими было потеряно 46 900 рабочих дней, в среднем 45 рабочих дней на одного человека. После оперативного лечения все они вернулись к прежней работе. У 25 из 46 больных, имевших инвалидность, после оперативного лечения полностью восстановилась трудоспособность. Часть больных отказалась от оперативного лечения, а у некоторых были противопоказания к нему. До перевода на инвалидность больные длительное время находились на амбулаторном лечении; иногда инвалидность устанавливали без учета того, что больной вновь может быть трудоспособен после радикального оперативного лечения. При реабилитации больных с тромбозом нижних конечностей необходимо трудоустройство больных, при этом надо стремиться вернуть их к прежней работе, учитывая, что переход на новую работу обычно вызывает снижение квалификации и заработка.

## ВЫВОДЫ

1. При комбинированном хирургическом методе лечения варикозного расширения вен и поверхностного тромбоза нижних конечностей хорошие непосредственные и отдаленные результаты достигают 80%. Это дает основание рекомендовать методы операции по Маделунгу с сепаровкой кожных лоскутов и по Маделунгу с дополнительными кожными разрезами в широкую хирургическую практику.

2. Своевременное и радикальное иссечение варикоза и тромбированной вены со склерозирующей подкожной клетчаткой в большинстве случаев предотвращает рецидив заболевания.

3. Реабилитация при заболевании вен нижних конечностей способствует снижению заболеваемости, потери трудоспособности и инвалидности.

Поступила 19 июля 1977 г.

УДК 616.132.15—089

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ПЕРЕШЕЙКА АОРТЫ

*А. М. Иванов, В. Н. Чулкова*

*Межобластной кардиохирургический центр (руководитель — проф. В. Р. Ермолаев)  
2-й городской клинической больницы (главрач — Г. П. Петров), г. Саратов*

**Реферат.** Хирургическая тактика при коарктации аорты определяется анатомической разновидностью сужения и его протяженностью. Результаты лечения этой аномалии зависят от возраста оперированных и адекватности восстановления кровотока по аорте. Наиболее рациональным методом коррекции коарктации аорты следует считать резекцию суженного участка с анастомозом конец в конец и прямую истомпластику с использованием стенки левой подключичной артерии.

**Ключевые слова:** коарктация аорты, хирургическая коррекция.

**Библиография:** 1 название.

В связи с многообразием анатомических видов врожденного сужения аорты не ослабевает интерес к изучению этой аномалии развития магистральных сосудов, к поискам оптимальных методов хирургической коррекции. В настоящей работе представлен опыт хирургического лечения коарктации аорты у 50 больных. 3 из них были в возрасте от 2 до 3 лет, 12 — от 4 до 7 лет, 24 — от 8 до 15 лет, 6 — от 16 до 20