

# К вопросу о варикозном расширении вен нижней конечности.

С. И. Эйбера (Артемовск).

Наблюдения всегда делаются для того, чтобы увидеть и доказать, т. е. чтобы контролировать и проверять.  
Cl. Bernard.

Варикозное расширение вен нижних конечностей относится к циклу тех распространенных заболеваний, которые с трудом поддаются как консервативному лечению, так и оперативному воздействию. Указанное заболевание, причиняя больным тяжкие страдания, лишая их работоспособности и не давая надежды на быстрое и стойкое восстановление потерянных жизненных сил, несмотря на большую давность в истории развития хирургии, еще и по настоящее время не располагает точно разрешенными, обоснованными методами лечения. Обстоятельства эти и послужили для меня стимулом к проработке 124 случаев, прошедших за последние 5 лет в заведываемом мною хирургическом отделении Рабочей больницы Донбасса (г. Артемовск).

Интересуясь топографо-анатомическим расположением *v. saphenae magna*, я во время операций мог выяснить, что впадение ее в бедренную вену, на границе средней трети *Poupart*'овой связки, встречается чаще одним стволом (70%), — двойной ствол ее был найден всего лишь в 4 случаях (3,1%). Применяя операцию удаления узлов по *Madelung*'у, я мог отметить, что от этой вены на голени отходит огромное количество мелких веточек, отличающихся своею капризной ветвистостью. У мужчин с хорошо развитой мускулатурой нетучных эти веточки ясно видимы и хорошо препарируются, у женщин же со слабой мускулатурой и достаточным жировым слоем — наоборот. Рассматривая препараты иссеченных венозных узлов на протяжении, я в состоянии был найти клапаны как раз на месте узла, причем, как деталь, интересно отметить, что, чем больше был рост больного, т. е. чем длиннее была нога, тем клапаны (3—5) располагались дальше друг от друга; у тучных и низкого роста больных клапаны были сосредоточены близко один от другого.

Для объяснения этиологии данного заболевания предложено много теорий, которые легко систематизируются в виде следующей сводки:

Автор.	Фактор.	Мой материал.
В а л я ш к о.	Топографо-анатомические условия при функциональной недостаточности соединительнотканного аппарата.	Мужчины высокого роста, мускулистые, с длинными ногами (18).

Автор.	Фактор.	Мой материал.
Virchow, Weber, Ziegler, Татаринов.	Механические причины.	Лица тяжелого физического труда—носильщики, курьеры, уборщицы (41).
Delbet, Trendelenburg, Гессе и Шаак.	Постепенно нарастающая недостаточность клапанов.	Венный узел широк, центральные клапаны недостаточны (4).
Kremer.	Врожденная недостаточность клапанов.	—
Grünfeld, Tillmans, Никифоров.	Местные функциональные нарушения эмбрионального происхождения.	—
Löwenstein, Kocher.	Врожденная или приобретенная склонность к эктазиям.	(3).
Томашевский.	Общий фибросклероз, как следствие неправильного обмена веществ.	(6).
Moreau.	Ревматизм.	(13).
Schwarz, Quenu.	Трофические расстройства из-за поражения периферической нервной системы.	(4).
Klapp.	Нарушения общего тканевого обмена, вследствие тяжелых расстройств кровотока.	Домашние работницы, ламповщицы (7).
Lesage.	Хемико- и бактериотоксикозы.	Потаторы, куряльщики (15).
Fischer, Thoma, Konazki.	Острые инфекционные болезни.	Сып, паратиф, пневмония (8).
Randorf.	Совместное влияние туберкулезной и стрептококковой инфекции на всю толщу венозной стенки—эндоартериит и эндофлебит.	(5).

Из этой сводки видно, что механические инсульты, биологические факторы, хемико- и бактериотоксикозы имеют преобладающее влияние в этиологии данного страдания. На 6,018 стационарных хирургических больных варикозное расширение вен нижней конечности было найдено у 124 (2,1%), среди которых было 99 мужчин и 25 женщин. Разбирая возраст больных, я мог установить, что мужчины чаще всего (79%) заболевают в 30—40 лет. Что касается женщин, то интересно отметить, что все они заболели после перенесенных родов, в том числе 11—после повторных. Личные мои впечатления складываются, далее, в пользу большей частоты заболевания у лиц высокого роста, т. е. с длинными ногами.

Частота развития варикозного расширения вен с той или другой стороны определяется в нашем материале следующими данными:

Сторона поражения.	Мужчины.	Женщины.
Левая . . . . .	55	9
Правая . . . . .	35	5
С обеих сторон . . . . .	9	11
Итого . . . . .	99	25

Отсюда видно, что двухсторонние заболевания встречаются чаще у женщин, у которых преобладают системные факторы, а не статические, как у мужчин. Выяснилось, затем, что огромное значение здесь имеет также положение тела при выполнении работы. В нашем материале оказалось:

Работающих стоя (коногоны-чернорабочие) . . . . .	28
Работающих сидя (мастера) . . . . .	8
Работающих лежа или согнувшись (шахтеры) . . . . .	11
Находящихся в движении пешком (десятники, чернорабочие, курьеры) . . . . .	19

Что касается распределения варикозных расширений по внешнему виду, то, придерживаясь классификации Weber'a, мы могли установить следующие формы их:

Расширение по виду.	Мужчин.	Женщин.
Цилиндрическое . . . . .	23	4
Змеевидное . . . . .	48	13
Многокамерное . . . . .	9	3
Смешанного типа . . . . .	19	5
Итого . . . . .	99	25

Тот или другой характер расширения является весьма существенным в вопросе о выборе метода операции.

В клинической картине заболевания у наших больных нередко встречались осложнения, возникавшие на почве расстройства питания тканей и кровообращения:

Осложнения.	Количество.
Экзема . . . . .	3
Отек . . . . .	1
Язвы . . . . .	2
Атрофия . . . . .	1
Повторные кровотечения . . . . .	2

Указанные сопутствующие осложнения, являясь вторичными заболеваниями, уже в силу этого испытывали воздействие со стороны основ-

ного радикального лечения, — обыкновенно они исчезали через 2—3 недели после операции.

Вопрос о лечении самих варикозных расширений вен нижних конечностей еще и по сие время недостаточно точно разрешен. Удаляя расширенные узлы, мы не устраняем причины их возникновения, а вызываем такие изменения в условиях кровообращения, которые в дальнейшем исключают возможность значительного давления в сосудах, — в этом цель любого оперативного способа при расширении вен. Из многих предложенных способов я остановился на следующих:

Автор.	Показания.	Способ операции.	Число
Madelung.	Отдельные разбросанные узлы.	Удаление узлов препаровкой.	18
Babcock.	Узлы v. saphenae magnaе на бедре.	Удаление вены посредством проволоки.	27
Madelung и Babcock.	Комбинац. первых двух страданий.	См. выше.	25
Cutchmeek.	Небольшие узлы на бедре и голени.	Чрезкожное прошиванье и завязывание узлов над тупфером.	20
Cutchmeek и Babcock.	Комбинация узлов на бедре и голени.	См. выше.	34

При всех указанных операциях обязательна предварительная перевязка v. saphenae magnaе у места впадения ее в бедренную. Из отдельных деталей техники важно: 1) при операции по Babcock'у проводить проволоку из нижнего окошечка вверх по вене; в обратном направлении она часто застревает, благодаря клапанам, и, если извлечь ее одним быстрым, решительным движением, то она потянет за собой всю фиксированную швом вену; 2) при операции по Cutchmeek'у прошиванье вены должно быть частое, — один узел от другого должен отстоять не более, как на 2 сант.; завязывать швы над тупфером надо с достаточной силой, и тогда получается множественное, полное закрытие просвета вены.

Послеоперационный период (12 дней в постели, возвышенное положение ноги) обычно протекал у нас нормально. На 13-й день по снятии швов больным делались ванны, и разрешались небольшие прогулки. На 15-й—16-й дни они выписывались с предупреждением воздерживаться от тяжелой работы и носить туго наложенный бинт в течение 2—3 недель.

Для оценки результатов, полученных от операции по Cutchmeek'у, нами в одном случае, спустя 4 недели со дня операции, был удален участок кожи до фасции с пятью точечными рубцами на месте швов. Тщательное микроскопическое исследование этого участка показало полную облитерацию вены.

Желая проверить ближайшие результаты операций, я применял также пробу Delbet с ходьбой: больному в верхней трети бедра накладывался жгут, и он ходил с ним 2—4 минуты. Набухания вен после

этого не замечается, что особенно было заметно в случаях, оперированных по Cutchmeek'у.

Отдаленные результаты операции были прослежены в 63 случаях при помощи анкеты, причем во всех случаях ответившие отмечали восстановление работоспособности, отсутствие болей, заживление экзем, язв и пр. и отсутствие рецидива.

В конечном итоге наши наблюдения позволяют нам сделать следующие выводы:

- 1) Распределение вен ноги крайне разнообразно.
  - 2) Образованию венозных расширений способствуют условия чрезмерного отягощения венозной сети (механическая теория).
  - 3) Разбираемое заболевание наблюдается чаще в молодом рабочем возрасте, преимущественно у мужчин.
  - 4) Наиболее проста, несложна и технически легко выполняема операция по Вавсосу и Cutchmeek'у, дающая быстрый, надежный и стойкий эффект. В этом направлении и должны идти дальнейшие изыскания и клинические наблюдения.
-