

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

О.Э. Луцевич, В.В. Иванов, А.И. Тугаринов, Н.Н. Чижиков, Б.Ю. Евсеев
МГМСУ

Итоги последних флебологических конференций убедительно продемонстрировали сохраняющуюся актуальность проблемы диагностики и лечения хронической лимфовеенозной недостаточности нижних конечностей. До настоящего времени нет ни одной операции, полностью отвечающей современным требованиям хирургии при хронической венозной недостаточности (ХВН) и предотвращающей развитие рецидива заболевания. При обследовании больных с ХВН выявляются единичные и множественные перфорантные вены – как состоятельные, так и с клапанной недостаточностью. В этих случаях хирургическая тактика в литературе четко не определена, намечена лишь общая тенденция: удалять те перфорантные вены, у которых выявлена клапанная недостаточность и имеется варикозное расширение. При несостоятельности перфорантных вен операция по методу Линтона практически не применяется в связи с ее травматичностью, большим количеством послеоперационных осложнений и неудовлетворительными косметическими результатами. Единичные вены удаляются через отдельные разрезы субфасциально (по Маддену – Киму) и эпифасциально (по Коккетту). Эндохирургически проводится тотальная ревизия с диссекцией всех выявленных перфорантных вен. В этом плане важное значение могут иметь данные об отдаленных результатах операций на поверхностных и перфорантных венах у больных с ХВН при варикозной болезни вен нижних конечностей в сроки от 2 до 6 лет.

Разбор причин ухудшения результатов хирургического лечения проводился путем сопоставления данных до операции и в отдаленные сроки послеоперационного периода. В процессе выполнения работы мы использовали клиническую классификацию CEAP.

Все оперированные больные составили три группы. Больным 1-й группы выполнена кроссэктомия доступом ниже и параллельно паховой складке. Операция Бебкокка до верхней трети голени (короткий стриппинг) проведена пяти больным. В 41 наблюдении ствол большой подкожной вены удалялся полностью. Несостоятельные перфорантные вены у всех больных обрабатывались по Коккетту.

Во 2-ю группу вошли 38 пациентов, которым была выполнена комбинированная венэктомия с операцией Линтона, Фельдера традиционным способом. Тотальная субфасциальная перевязка перфорантных вен по Линтону была осуществлена у 32 пациентов (84,2%), задним доступом по Фельдеру перфоранты были перевязаны у 6 больных (15,8%).

В 3-ю группу вошли 30 пациентов с ХВН I-IV ст., которым выполнена комбинированная флебэктомия. Недостаточные перфорантные вены обрабатывались из отдельных разрезов по Маддену – Киму.

В 4-ю группу вошли 42 больных, которым проведены комбинированные венэктомии с эндоскопической диссекцией перфорантных вен (SEPS).

Всем больным выполнялось исследование регионарной микроциркуляции при помощи лазерной доплеровской флоуметрии. Оно проводилось в области максимальной флебогипертензии – у медиальной лодыжки. Все параметры лимфодренажной функции отличались от нормальных значений, что являлось свидетельством нарушения микроциркуляции в зоне исследования. При этом не было выявлено до-

стойкой разницы в степени выраженности нарушений регионарной микроциркуляции у больных всех групп. Клинические данные коррелировали с данными инструментальных методов исследования.

С помощью классификации CEAP проводилась оценка тяжести клинической симптоматики с учетом клинической картины заболевания. При сопоставлении отдаленных результатов лечения ХВН и классов заболевания оказалось, что из 14 оперированных больных с IV классом ХВН, несмотря на регресс основных клинических симптомов, проявления заболевания наблюдались у пяти больных (35,7%); из 14 оперированных с III классом – у трех (21,4%), со II классом – у двух (14,3%). Из четырех оперированных с V классом ХВН по CEAP у одного имелся рецидив язвенного процесса в анамнезе, у двоих симптоматика сохранялась, что позволило нам оценить данные результаты как неудовлетворительные.

При оценке послеоперационного периода во 2-й группе рецидива язв у больных с С6 не наблюдалось, больные перешли в класс С5, из трех оперированных с классом С5 все пациенты перешли в класс С4, из 21 больного класса С4 16 человек перешли в более низкие классы (рецидив составил 23,8%); из семи больных С3-класса пять также перешли в более низкие классы (рецидив в данном классе – 28,6%). Таким образом, анализ отдаленного послеоперационного периода у больных 2-й группы показал, что положительные результаты имел 31 больной (81,6%), что расценивается как хороший результат.

Анализ результатов хирургического лечения методом комбинированной флебэктомии в сочетании с изолированной субфасциальной перевязкой перфорантных вен проводился у 30 больных. При этом С4-класс имели 10 больных, С3 – 13, С2 – семь. Таким образом, в данную группу, в основном, вошли больные со стадией до трофических расстройств. При изучении отдаленных результатов оказалось, что общее количество неудовлетворительных результатов у больных с С4 составило 30%, в то время как рецидив у больных, оперированных до стадии трофических расстройств, т.е. класс С3, наблюдался у троих (23%), а С2 – у одного больного (14,3%), что связано с дальнейшим прогрессированием хронической венозной недостаточности.

После операции у больных 4-й группы отмечено статистически достоверное изменение распределения больных по классам ХВН. Отмечено купирование отека и переход больных из С3 в более низкие классы. Выявлено купирование 6-го класса заболевания и переход больных этой группы в 5-й класс. Менее позитивные результаты наблюдались в 4-5-м классах. Это связано с гиперпигментацией и липодерматосклерозом как наиболее выраженными трофическими расстройствами, имеющими органическую природу. Через 2 года после выполнения комбинированных флебэктомий с SEPS они выявлены у пяти больных в классе С3, у двоих – в С4 и у троих – в С5 и состояли в менее выраженных, но сохраняющихся явлениях гиперпигментации и липодерматосклероза в зоне Коккетта, а также в отеке. Таким образом, через 2 года после операции регресс трофических расстройств составил 88,1%, выраженность всех проявлений ХВН статистически достоверно была меньшей. У части больных симптоматика полностью исчезла.

Наибольшее количество рецидивов (28,3%) выявлено после комбинированной флебэктомии с надфасциальной обработкой перфорантных вен методом Коккетта. Процент рецидива коррелирует с тяжестью венозной дисфункции по классификации CEAP, достигая 75% при С5. При субфасциальной обработке перфорантных вен методом Линтона рецидивы составили 18,4%. При изолированной субфасциальной перевязке перфорантных вен методом Маддена – Кима рецидив достигал 23,3%, в основном, при выполнении вмешательства в поздних стадиях CEAP. При С4 частота рецидивов достигает 30%, что говорит о неоправданно малом объеме оперативно-

го вмешательства при наличии трофических расстройств. При эндовидеохирургической технике обработки перфорантов (SEPS) получено наименьшее количество рецидивов (11,9%) у больных с трофическими расстройствами.

Основное количество послеоперационных рецидивов возникло в первой половине анализируемого периода. Оно составило 78,8%. При этом в более раннем послеоперационном периоде рецидивы возникали после надфасциальной обработки перфорантных вен. После операций, направленных на субфасциальную обработку перфорантных вен, рецидивы возникали в более позднем послеоперационном периоде.

Большинство рецидивов возникло в бассейне большой подкожной вены (БПВ) – у 26 пациентов (81,3%), в бассейне малой подкожной вены (МПВ) – у четырех пациентов (12,5%). У двух больных (6,2%) рецидив возник в обоих бассейнах. Самой частой причиной рецидива хронической лимфовенозной недостаточности (ХЛВН) являются неустраненные горизонтальные рефлюксы по перфорантным венам – у 23 пациентов (88,5%). В 20 случаях причиной рецидива явилось оставление длинной культи БПВ с неадекватно перевязанными притоками (76,9%). Оставленные притоки БПВ наблюдались у пяти пациентов (19,2%), что расценено нами как нерациональность первичного оперативного вмешательства. Наличие несостоятельного дополнительного ствола БПВ наблюдалось в трех случаях (11,5%).

Повторное оперативное вмешательство по поводу рецидива в бассейне БПВ в различные сроки после первичной операции – от 0,5 до 7 лет – перенесли 15 больных. Характер повторных оперативных вмешательств у больных с рецидивом ХВН в системе большой подкожной вены был следующим:

Кроссэктомия + Бебкокка + Нарата + SEPS	7	больных
Кроссэктомия + Нарата + SEPS +склерооблитерация притоков БПВ на голени	3	–“–
Кроссэктомия +Нарата + Маддена – Кима	2	–“–
Нарата + SEPS + склерооблитерация притоков БПВ на голени. .	2	–“–
Нарата + Маддена – Кима	2	–“–
Всего	15	–“–

У 12 пациентов с рецидивом, в соответствии с данными УЗДАС, операцию начинали с ревизии послеоперационного рубца паховой области. Выделяли длинную культию с притоками, выполняли кроссэктомию до бедренной вены. Оставленные расширенные магистральные стволы на бедре и голени, а также несостоятельный добавочный ствол БПВ удаляли венотомом по Бебкокку. Патологический рефлюкс по несостоятельным перфорантным венам устраняли путем выполнения эндоскопической диссекции несостоятельных перфорантных вен у 11 больных (73,3%). Четырем пациентам (26,7%) выполняли изолированную диссекцию несостоятельных перфорантных вен из отдельных разрезов (метод Маддена – Кима). Несостоятельные притоки БПВ на стопе и голени удаляли по Нарату и путем интраоперационной катетерной склерооблитерации.

Из 32 больных с рецидивом ХЛВН изолированный рецидив в бассейне МПВ выявлен у четырех пациентов (12,5%), в сочетании с рецидивом БПВ – у двоих (6,2%). Основной причиной рецидива в системе МПВ явилась несостоятельность перфорантных вен голени в (66,6%), длинная культия с несостоятельными притоками (50%).

Для лечения рецидива в бассейне МПВ использовались комбинированные вмешательства:

Удаление длинной культи + Нарата + Маддена – Ким	2 больных
Удаление длинной культи + Нарата + SEPS	1 больной
Нарата + SEPS + склерооблитерация притоков МПВ на голени . . .	2 больных
Нарата + Маддена – Кима	1 больной

Отдаленные результаты свидетельствуют о преимуществах SEPS, которые проявлялись в более выраженном и быстром регрессе клинической симптоматики ХВН и улучшении качества жизни больных. Оно наиболее выражено через 6 месяцев после операции и в дальнейшем улучшение продолжалось.

Таким образом, эндоскопическую субфасциальную диссекцию перфорантных вен отличают:

- патогенетическая обоснованность и радикальность операции;
- минимальная операционная травма;
- низкая частота осложнений и рецидивов;
- хороший косметический результат;
- сокращение продолжительности госпитализации и реабилитации пациентов.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ С РАВНОМЕРНОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ЭЛЕВАЦИЕЙ ГРУДИНЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ (АНАТОМО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

*В.С. Мазурин, С.С. Дыдыкин, А.В. Николаев, В.А. Кузьмичев, Н.Н. Соколов, М.И. Прищепо, С.В. Головинский
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
ММА им. И.М. Сеченова*

В последнее время чаще стали выявляться опухоли переднего средостения (21-39%). Эти опухоли характеризуются быстрым темпом роста, распространенным характером, крупным размером в 75-80% и часто сочетаются с иной соматической патологией [2, 9, 11]. Единственным методом, обеспечивающим радикальное лечение опухолей переднего средостения, является хирургический, поэтому так важен выбор наиболее эффективного и безопасного хирургического доступа к органам переднего средостения [4, 5, 7, 9, 11].

Для улучшения результатов лечения больных с опухолями и кистами переднего средостения мы разработали и применили способ равномерной двусторонней элевации грудины при видеоторакоскопических вмешательствах, обоснованный топографоанатомическим экспериментом.

Существующие открытые операционные доступы, позволяющие эффективно манипулировать в средостении, имеют высокий риск травмирования структур средостения и грудной стенки, а малоинвазивные методики (в том числе и видеоторакоскопия) – ограниченное оперативное пространство. В связи с этим возникла необходимость в разработке пособия, которое позволило бы увеличить лечебные возможности видеоторакоскопии, а также объективно оценить достоинства и недостатки каждого из традиционных операционных доступов.

Разработанная А.Ю. Созон-Ярошевичем [6] система критериев объективной оценки хирургических доступов позволяет объективно и всесторонне оценить возможности любого открытого операционного доступа. Субъективные ощущения хи-