

Л.Э. Гылыков, Б.Ч. Дамдинов, Б.А. Дониров

ВИДЕОЭНДОСКОПИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Результаты использования видеоэндоскопической поясничной симпатэктомии свидетельствуют об ее высокой эффективности и малой травматичности. Сокращается длительность оперативного вмешательства и послеоперационной реабилитации больных, снижается вероятность осложнений. Данное вмешательство является предпочтительным по сравнению с традиционными операциями, особенно у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Оно может быть рекомендовано и как самостоятельный метод лечения, и как дополнение к реконструктивным операциям на сосудах ниже паховой складки.

Ключевые слова: видеоэндоскопия, поясничная симпатэктомия

VIDEOENDOSCOPY AT LUMBAR SYMPATHECTOMY

L.E. Gilikov, B.Ch. Damdinov, B.A. Donirov

Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko (Ulan-Ude)

The results of using videoendoscopic lumbar sympathectomy testify to its high efficacy and low traumaticity. Duration of surgical intervention and postoperative rehabilitation, and also probability of complications are reduced. This intervention is preferable in comparison with traditional surgeries especially in patients with severe concomitant diseases. It may be recommended as an independent method of treatment and as an addition to reconstructive surgeries on vessels lower inguinal fold.

Key words: videoendoscopy, lumbar sympathectomy

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие в оперативной хирургии многих специальностей наблюдается все большее распространение эндоскопических операций [7, 8]. Это связано с совершенствованием эндоскопических хирургических методик, которые показали свое преимущество в разных областях, обеспечивая пациентам больший комфорт, лучшие результаты и даже снижение количества осложнений. Однако в сосудистой хирургии, особенно при операциях на аорте, требующих, как правило, более свободного доступа, имеются некоторые опасения по поводу перехода на данный метод [11]. И все же одной из ниш для применения эндоскопических операций в ангиологии является выполнение видеоэндоскопических симпатэктомий.

Ганглионарная симпатэктомия — одно из наиболее известных и широко распространенных оперативных вмешательств для лечения больных с облитерирующими поражениями сосудов нижних конечностей, внедренное Diez в 1924 году. Считается, что ганглионарная симпатэктомия наиболее полно и длительно устраняет ангиоспазм [3], ликвидирует или в значительной степени уменьшает сопутствующие боли, таким образом воздействуя на основные патологические звенья облитерирующих заболеваний магистральных и периферических артерий (ОЗМПА). Эффективность десимпатизации повышается при ее сочетании с другими патогенетически обоснованными операциями [1, 2, 5].

Однако традиционные доступы к грудному и поясничному симпатическим стволам отличает высокая травматичность (необходимость торакотомии при грудной симпатэктомии, пересечение большой

группы мышц при выполнении внебрюшинного доступа при поясничной симпатэктомии). Таким образом, изначально можно прогнозировать различные интра- и послеоперационные осложнения: нагноение ран, пневмо- и гемоторакс, повреждения сосудов забрюшинного пространства, развитие стойкого пареза кишечника, забрюшинные гематомы, пересечение мочеточника и пр. Актуальность данной проблемы высока для лиц пожилого и старческого возраста, имеющих выраженную сопутствующую патологию.

Поэтому применение минимальной инвазивной хирургии, к какой относится видеоэндоскопическая симпатэктомия, может являться альтернативным способом оперативного лечения больных с ОЗМПА [4, 6, 9, 10].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для лечения облитерирующих заболеваний артерий верхних конечностей в нашем отделении с 1996 года успешно применяется торакоскопическая грудная симпатэктомия. Учитывая значительный лечебный и экономический эффект от проведения этой операции, мы стали более активно проводить в жизнь тактику применения эндоскопических операций и на поясничном симпатическом стволе. С 1999 года для всех пациентов, направляемых в наше отделение по поводу ОЗМПА нижних конечностей, рассматривалась возможность проведения эндоскопической поясничной симпатэктомии. Показаниями к операции являлось наличие у больных облитерирующего эндартериита и облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей с дистальным уровнем поражения. При отборе

больных на операцию руководствовались следующими критериями: наличие дистального уровня поражения артерий нижних конечностей и положительная проба с вазодилататорами при проведении реовазографии. Для объективизации степени нарушения кровоснабжения нижних конечностей использовали реовазографию и ультразвуковую доплерометрию сосудов, при необходимости выполнялось рентгенконтрастное исследование сосудов. Степень ишемии нижних конечностей определяли по классификации Фонтена в модификации А.В. Покровского. Пациентам, удовлетворявшим критериям отбора, предлагалось проведение эндоскопической операции. После получения объяснения пациенты давали информированное согласие. Видеоэндоскопическая поясничная симпатэктомия выполнялась на эндоскопических аппаратах фирм «Richard Wolf», «Karl Shtorz».

ТЕХНИКА ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЯСНИЧНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ

Видеоэндоскопическая поясничная симпатэктомия выполнялась под общим наркозом в положении больного на здоровом боку с использованием валика. В поясничной области по средней подмышечной линии с помощью 10-миллиметрового торакопорта с оптикой под контролем глаза создавалась полость в забрюшинном пространстве под давлением газа до 15 мм рт. ст. В сформированную полость по передней подмышечной линии вводились два 5-миллиметровых торакопорта и далее с помощью обычных зажимов тупым путем осуществлялся доступ по направлению к позвоночнику и, соответственно, к поясничным симпатическим ганглиям. Ганглии на уровне $L_2 - L_4$ выделялись и отсекались, после чего проводилась проверка гемостаза с последующим удалением газа, извлечением инструментов и наложением кожных швов.

За период 1999 – 2003 гг. в отделении хирургии сосудов Республиканской клинической больницы г. Улан-Удэ выполнено более 20 видеоэндоскопических поясничных симпатэктомий больным с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей. Нами исследовано 11 последних больных, оперированных по данной методике, причем двум из них – с обеих сторон (1-я группа). Для сравнения была взята группа пациентов, оперированных в этот же период по традиционной открытой методике общим количеством 20 человек (2-я группа). Средний возраст пациентов 1-й группы составил 53 (46 – 60) года, средний возраст пациентов 2-й группы составил 54,5 (41 – 65) года, то есть достоверной разницы в возрасте не выявлено ($p = 0,74$). Пациенты обеих сравниваемых групп имели ишемию ИБ степени.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность времени вмешательства при открытом способе поясничной симпатэктомии составляла 45 (35 – 50) минут. После внедрения видеоэндоскопического метода поясничной симпатэктомии продолжительность операции составила

35 (20 – 45) минут, но эти различия недостоверны ($p = 0,12$).

При проведении оперативного вмешательства в 1-й группе зафиксировано два осложнения – пневмоперитонеум, который в дальнейшем был устранен эндоскопическим путем, и парез кишечника, возникший после двусторонней десимпатизации. В остальных случаях послеоперационное наблюдение показало значительное снижение болей, связанных с операцией, адекватное восстановление кишечного транзита, быстрое общее восстановление. Во 2-й группе зафиксировано 6 осложнений, из которых было 1 нагноение послеоперационной раны, 4 послеоперационных пареза кишечника, 1 гематома и 1 кровотечение. Однако значимых различий по наличию осложнений в 1-й и 2-й сравниваемых группах не выявлено ($p = 0,25$).

Благодаря малой травматичности видеоэндоскопической операции, больные уже на вторые сутки могли свободно передвигаться и продолжать медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Послеоперационный койко-день в 1-й группе составил 4 (4 – 4) дня, во 2-й группе – 10 (8 – 14) дней. Разница оказалась статистически достоверной ($p = 0,000007$), что доказывает выраженный экономический эффект от проведения видеоэндоскопических симпатэктомий.

ОБСУЖДЕНИЕ

Видеоэндоскопические манипуляции в забрюшинном пространстве по понятным причинам сопровождаются значительными техническими сложностями. Для профилактики осложнений во время и после операции большое значение имеет четкая визуализация основных анатомических структур. Для снижения риска травмы магистральных сосудов, а также париетальной брюшины и мочеточника при поясничной симпатэктомии необходимо соблюдать осторожность при создании полости в забрюшинном пространстве и мобилизации симпатического ствола, а также обеспечивать полную визуализацию рабочей части эндоскопических инструментов при проведении электрокоагуляции, исключив возможность контакта с прилегающими органами. Поэтому большое значение имеют квалификация и опыт оперирующего эндоскопического хирурга.

Непосредственные результаты поясничной эндоскопической симпатэктомии очень обнадеживающие. Практически у всех больных с ОЗМПА в послеоперационном периоде отмечается отчетливая положительная динамика, проявляющаяся в увеличении кожной температуры, исчезновении дисгидроза, изменении кожной окраски. Это доказывает ее высокую эффективность, сравнимую с таковой при традиционном доступе. Кроме того, после эндоскопической поясничной симпатэктомии могут быть успешно выполнены реконструктивные операции на артериях ниже паховой складки с восстановлением магистрального кровотока. Несомненно, что все больные после десимпатизации должны находиться под длительным регулярным наблюдением с проведением противорецидивных

курсов медикаментозного лечения. От этих факторов в значительной степени зависят характер течения и прогноз облитерирующих заболеваний артерий, а также своевременный и адекватный выбор тактики лечения.

Таким образом, результаты использования видеоэндоскопической поясничной симпатэктомии свидетельствуют об ее высокой эффективности и малой травматичности. Сокращается длительность оперативного вмешательства и послеоперационной реабилитации больных, снижается вероятность осложнений. Данное вмешательство является предпочтительным по сравнению с традиционными операциями, особенно у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Оно может быть рекомендовано и как самостоятельный метод лечения, и как дополнение к реконструктивным операциям на сосудах ниже паховой складки. Хорошие непосредственные и в большинстве случаев отдаленные результаты являются основанием для более широкого использования этих операций в комплексном лечении больных с облитерирующими заболеваниями сосудов конечностей разной этиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаибов А.Д. Роль ганглионарной симпатэктомии в лечении облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей / А.Л. Гаибов, Д.Д. Султанов, М.Ш. Бахрудзинов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2001. — Т. 7, № 1. — С. 70–74.

2. Кохан Е.П. Поясничная симпатэктомия в лечении заболеваний сосудов (история, проблемы, перспективы) / Е.П. Кохан, В.Е. Кохан, О.В. Пинчук. — М., 1997. — 125 с.

3. Кохан Е.П. Удаление внутригрудных симпатических ганглиев в лечении болезни Рейно / Е.П. Кохан, О.В. Пинчук, А.В. Фоменко // *Эндоскопическая хирургия*. — 1997. — № 1. — С. 3–5.

4. Опыт проведения 50 видеоэндоскопических симпатэктомий / Н.Т. Чемодуров [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. — 1999. — № 2. — С. 72.

5. Савельев В.С. Критическая ишемия нижних конечностей / В.С. Савельев, В.М. Кошкин. — М.: Медицина, 1997. — 160 с.

6. Шаповальянц С.Г. Видеоэндоскопический метод поясничной симпатэктомии / С.Г. Шаповальянц, Т.Г. Кипиани, И.С. Абрамов // *Эндоскопическая хирургия*. — 1999. — № 5. — С. 11–14.

7. Эндовидеохирургическая поясничная симпатэктомия / Г.М. Рутенбург [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. — 2000. — № 2. — С. 59.

8. A 5-year experience with totally laparoscopic surgery for aortoiliac occlusive disease / L. Barbera [et al.] // *Angiology and Vascular Surgery*. — 2002. — Vol. 8, N 1. — P. 57–66.

9. Experimental retroperitoneoscopic lumbar sympatectomy / B. Marty [et al.] // *Vasa*. — 1997. — Vol. 23, N 4. — P. 345–348.

10. Laparoscopic transperitoneal lumbar sympatectomy: a new approach / S. Wattanasirichaigoon [et al.] // *J. Med. Assoc Thai*. — 1997. — Vol. 80, N 5. — P. 275–281.

11. Sarradon P. Videoendoscopic retroperitoneal approach for aorto-iliac surgery (arava – anterior retroperitoneal approach video assistance) / P. Sarradon // *Ang. and Vasc. Surg.* — 2002. — Vol. 8, N 2. — P. 78–80

Сведения об авторах:

Гылыков Л.Э. – врач-кардиохирург ОСХ РКБ им. Н.А. Семашко. г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. Тел. 8 (3012) 23-32-24

Дамдинов Б.Ч. – врач-хирург РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. Тел. 8 (3012) 23-34-24

Дониров Б.А. – врач-кардиохирург ОСХ РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. Тел. 8 (3012) 23-32-24