

ваний. Декомпенсированная форма ХВН требует хирургического лечения. Операция должна быть минимальная по объему, но максимально радикальная по эффективности. Лечение должно быть экономически выгодным. Миниинвазивная хирургия отвечает этим требованиям, кроме того, обеспечивает высокий эстетический результат и способствует быстрой реабилитации пациентов.

Ключевые слова: тромбоз, венозная недостаточность, флебосцинтиграфия, дуплексное сканирование, субфасциальная диссекция перфорантных вен из мини-доступа, операция Линтона.

SURGICAL TREATMENT OF POST-TROMBOPHLEBITIC DISEASE OF LOWER EXTREMITIES IN THE STAGE OF TROPHIC DISTURBANCES

I. V. Shulikovskaya¹, S. A. Kishtimov²

(¹Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Irkutsk;

²Irkutsk State Medical University, Irkutsk)

Summary. Urgency of the problem of treatment of decompensated form of chronic venous insufficiency is not doubtful first of all because of its high rate in the structure of vascular diseases. A surgery should be of minimum volume, but of maximum efficacy. And the treatment should also be economically profitable.

Key words: thrombophlebitis, venous insufficiency, phleboscintigraphy, duplex scanning, subfascial dissection of perforant veins with mini-approach, Linton's surgery.

Чрезвычайная распространенность хронических заболеваний вен (у 68% женщин и 57% мужчин), вызываемые ими снижение трудоспособности и качества жизни, позволяют рассматривать проблему профилактики и лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) не только как чисто медицинскую, но и важную социально-экономическую проблему [4].

Посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ) является одной из наиболее тяжелых и распространенных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей, составляя около 28% всех поражений венозной системы. Заболевание является следствием перенесенного острого тромбоза глубоких вен, который, несмотря на широкое применение антикоагулянтной и фибринолитической терапии, не излечивается у 85-95%. Чаще всего ПТФБ поражает глубокие вены голени, а так же подколенную и бедренную вены и, наконец, вены таза. Значительно реже в патологический процесс вовлекается нижняя полая вена [7, 10, 19].

Независимо от уровня поражения патогенез посттромбофлебитической болезни можно представить следующим образом. Острый флеботромбоз, обусловленный внешними или внутренними факторами, вызывают расстройство венозного кровообращения в пораженной конечности. Этот процесс сопровождается гибелью клапанного аппарата с возникновением клапанной недостаточности глубоких и перфорантных вен. В свою очередь, нарушение функции клапанов вызывает стойкую гипертензию и патологический ток крови из глубоких в поверхностные вены. В этих условиях возникает недостаточность клапанного аппарата поверхностной венозной системы, варикозное

расширение вен в бассейне большой подкожной и малой подкожной вен и расстройство тканевого обмена. Поэтому клиника ПТФБ во многом схожа с клиникой варикозной болезни. А расширение подкожных вен — часто встречающийся признак ПТФБ. Это прямое следствие тромбоза глубоких вен, влекущего за собой поражение перфорантов с нарушением их функций. Варикозному расширению могут подвергаться поверхностные вены голени, бедра, лобка, наружных половых органов и передней брюшной стенки (рис. 1). Характерным для декомпенсированной стадии заболевания является прогрессирующее нарушение лимфооттока, усугубляющее отек конечности. В связи с этим развивается сочетанная лимфовенозная недостаточность.

Трофические язвы (рис. 2) — наиболее тягостное для больных проявление ПТФБ. Чаще язвы одиночные, появляются в нижней трети голени на ее внутренней поверхности, постепенно увеличиваются в размерах вплоть до развития циркулярных дефектов, охватывающих всю окружность голени. Язвы требуют длительного лечения, заживают медленно и часто рецидивируют. Необходимость частой смены повязок, постоянные интенсивные боли причиняют больным много страданий, лишая их трудоспособности. Тяжесть клинической симптоматики зависит от локализации патологического процесса в венах, развития коллатерального кровообращения, давности заболевания, качества проводимого лечения в острой стадии болезни.

Цель исследования: оценить эффективность миниинвазивной «невидеооскопической» диссекции перфорантных вен из минимизированного доступа на голени у больных, страдающих ПТФБ в стадии трофических расстройств.



Рис. 1. Надлобковый варикоз.



Рис. 2. Трофическая язва.

Материалы и методы

Нами проведен анализ результатов оперативного лечения 78 пациентов, у которых имелась венозная трофическая язва диаметром до 3 см в фазе репарации. Все пациенты страдали посттромбофлебитической болезнью в стадии реканализации. Данные больные находились на лечении в отделении сосудистой хирургии Иркутской областной клинической больницы с 1995 по 2009 г. В нашей работе основным скрининговым диагностическим методом исследования пациентов стало дуплексное сканирование вен нижних конечностей. В особых случаях, при выраженном отеке и дерматите, выполняли флебосцинтиграфию.

Всем пациентам проводили стандартное общеклиническое обследование, включающее сбор анамнеза, осмотр, определение степени ХВН. Состояние венозного русла оценивали неинвазивным методом цветного дуплексного сканирования, использовали так же флебосцинтиграфию. Важной задачей явилось определение количества несостоятельных перфорантных вен нижних конечностей и их картирование.

В хирургическом лечении больных выполняли следующие виды операций.

С целью ликвидации вертикального вено-венозного сброса выполняли кроссэктомию — перевязку и пересечение устья большой подкожной вены с притоками и короткий стриппинг — удаление ствола большой подкожной вены. Для хирургического доступа к устью БПВ предложено много различных доступов. Мы в своей практике наиболее широко пользовались доступом по паховой складке. В группе сравнения применяли так же доступ по Червякову.

Устранение горизонтального рефлюкса в основной группе выполняли субфасциально, методом диссекции перфорантных вен из минимизированного доступа на голени (СФДПВ).

Реализация данного вмешательства стала возможной благодаря наличию специального инструментария, выпускаемого отечественной фирмой «San». В набор входят специальные длинные крючки, различные зажимы, ножницы с помощью которого достигается мобилизация и ревизия субфасциального пространства голени на значительном протяжении, в том числе и в области выраженных трофических расстройств.

Техника вмешательства достаточно проста: из разреза протяженностью 4-5 см по заднемедиальной, либо по медиальной поверхности голени вскрывали фасцию и вводили в субфасциальное пространство специальные длинные крючки. Выполняли ревизию субфасциального ложа. Постепенное продвижение инструментария сопровождали перевязкой либо коагуляцией встречаемых перфорантных вен [1, 7, 16].

Для выполнения СФДПВ на голени заранее определяли место доступа к несостоятельным коммуникантам. Для этого выполняли дуплексное сканирование вен нижних конечностей и несостоятельные перфоранты маркировали на коже. При выраженном отеке и дерматите, когда ультразвуковое исследование на голени выполнить затруднительно, визуализировали перфорантный сброс методом флебосцинтиграфии [3, 11].

Обычно доступ в под фасцию выполняли в верхней, средней или нижней трети голени, в зависимости от топической локализации несостоятельных перфорантов (рис. 3). А для устранения перфорантного сброса в группе сравнения выполняли операцию Линтона. Разрез длиной 15-18 см проводили по линии Линтона, либо Фельдера, стараясь большую часть его расположить вне зоны индурированной клетчатки. На всем протяжении разреза вскрывали фасцию голени. Фасцию тупым путем отсепаровывали от подлежащих тканей, а выявляемые при этом перфоранты перевязывали и пересекали между наложенными лигатурами. Дефекты фасции, через которые проходили несостоятельные коммуникантные вены, ушивали. Далее восстанавливали целостность фасции и выполняли послойное ушивание раны.



Рис. 3. Варианты доступа в субфасциальное пространство при выполнении СФДПВ из мини-доступа (указаны стрелкой).

Таким образом, нами выделены 2 группы больных. В основную группу включены 56 пациентов, которым выполнялась кроссэктомию, короткий стриппинг и устранение перфорантного сброса одномоментно. С целью устранения горизонтального вено-венозного рефлюкса применяли субфасциальную диссекцию перфорантных вен из минимизированного доступа на голени. В группу клинического сравнения включены 22 пациента, которым выполнялось двухэтапное хирургическое лечение. Первым этапом устраняли вертикальный вено-венозный сброс, а вторым этапом лигировали несостоятельные перфоранты. С этой целью применяли операцию Линтона.

Результаты и обсуждение

У всех пациентов, как основной группы, так и группы сравнения при выполнении цветного дуплексного сканирования определялись несостоятельные коммуниканты. Число их составило от 1 до 4, все они были отмечены на кожном покрове голени перед операцией. При выполнении флебосцинтиграфии у всех больных зарегистрирован перфорантный сброс и число несостоятельных перфорантов так же составило от 1 до 4.

Наше исследование показало, что при выполнении СФДПВ возможно лигирование всех несостоятельных перфорантов. При выполнении данной операции осложнения наблюдались в 5 случаях (8,9%), при выполнении стандартной операции Линтона — в 7 случаях (31,8%). При выполнении субфасциальной диссекции перфорантных вен из мини-доступа на голени осложнения наблюдались в 5 случаях (8,9%). В 3-х случаях (5,3%) была гематома субфасциального ложа, в одном случае (1,7%) — некроз кожи, в одном случае (1,7%) — нагноение послеоперационной раны. В группе сравнения, при выполнении стандартной операции Линтона осложнения наблюдались в 7 случаях (31,8%). В 4-х случаях (18,2%) наблюдалось нагноение послеоперационной раны, в 2-х случаях (9%) — некроз кожи, в одном случае (4,5%) — гематома. Различия между группами статистически значимы ($p_F=0,03$).

В основной группе было одно интраоперационное осложнение, которое заключалось в разрыве перфоранта. В группе сравнения таких осложнений не было.

В основной группе койко-день составил 15 суток (6-32 сут.), в контрольной — 19 суток (7-62 сут.); $p_u=0,003$.

В основной группе послеоперационный койко-день составил 5 сут. (3-19), в контрольной группе — 9 сут. (5-32 сут.); $p_r=0,001$.

Таким образом, оценка количества и топической локализации несостоятельных перфорантных вен методом дуплексного сканирования позволяет считать оптимальным минимизированный доступ в субфас-

циальное пространство для диссекции перфорантных вен на голени. Применяя «невидеооскопическую» диссекцию перфорантов из минимизированного доступа удается оперировать больных в один этап. Данная методика позволяет значительно снизить число послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре, послеоперационный койко-день, а так же получить хороший косметический результат и тем самым улучшить качество жизни пациентов. СФДПВ из мини-доступа на голени достаточно проста в исполнении и не требует дорогостоящего эндоскопического оборудования, а это — существенное достоинство метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельков Ю.А., Дудник А.В., Кыштымов С.А. и др. Подфасциальная перевязка коммуникантных вен голени из мини-доступа в хирургическом лечении варикозной болезни // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2002. — Т. 2, № 5. — С. 179-181.
2. Бельков Ю.А., Бойко И.К., Алексеева Л.В. Современные принципы ультразвуковой диагностики в ангиологии: метод, рек. — Иркутск, 2004. — 53 с.
3. Каралкин А.В., Богачев В.Ю., Гаврилов С.Г. и др. Флебосцинтиграфия в диагностике хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Анналы хирургии. — 1996. — № 3. — С. 63-69.
4. Кириенко А.И., Григорян Р.А., Золотухин И.А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности / 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С. Савельева. — М.: Медиа Медика, 2003. — С. 115-121.
5. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Золотухин И.А. Эндоскопическая диссекция перфорантов // Флебологическая. — 1997. — № 5. — С. 13-15.
6. Клецкин А.Э., Кондратьев П.Н., Кудыкин М.Н. и др. Оценка критериев информативности дуплексного сканирования и контрастной флебографии при исследовании вен нижних конечностей // Мат. VI конф. Асс. флеб. России. — М., 2006. — С. 22-23.
7. Кунгурцев В.В., Чиж В.Р., Гольдина И.М. Роль эндоскопической диссекции перфорантных вен у больных с хронической венозной недостаточностью в стадии трофических расстройств // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2000. — № 4. — С. 42-47.
8. Липницкий Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей. — М.: Медицина, 2001. — 159 с.
9. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др. Флебология: рук. для врачей / Под ред. В.С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
10. Шуликовская И.В., Бельков Ю.А., Кыштымов С.А. и др. Субфасциальная диссекция перфорантных вен из мини-
- мизированного доступа на голени в хирургическом лечении декомпенсированной формы варикозной болезни нижних конечностей // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2005. — № 6 (44). — С. 113-117.
11. Шуликовская И.В., Галеев Ю.М., Попов М.В. и др. Опыт применения радиоизотопной флебосцинтиграфии в диагностике варикозной болезни // Мат. VI конф. Асс. флеб. России. — М., 2006. — С. 21-22.
12. Шуликовская И.В., Галеев Ю.М., Попов М.В. и др. Роль флебосцинтиграфии в хирургическом лечении варикозной болезни в стадии декомпенсации // Мат. XII Всеросс. съезда ССХ. — М., 2006. — С. 243.
13. Шуликовская И.В., Галеев Ю.М., Попов М.В. и др. Флебосцинтиграфия в диагностике хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии декомпенсации // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2006. — № 5. — С. 214-218.
14. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. — М.: Берер, 1999. — 128 с.
15. Alimi Y.S., Barthelemy P., Juhan C. Venous pump of the calf: a study of venous and muscular pressures // J. Vase. Surg. — 1994. — Vol. 20, N 5. — P. 728-735.
16. Janbon C.H., Laborde J.C., Quere J. Historical aspects of varicose vein treatment // Scope on phlebology and lymphology. — 1995. — Vol. 2. — P. 4-6.
17. Nicolaides A.N. Quantification of venous reflux by means of duplex scanning // J. Vase. Surg. — 1990. — Vol. 10. — P. 670-675.
18. Perforating veins / edited by R. May, H. Partsch, J. Staube-sand. — Munchen, Wien, Baltimor, 1981. — 251 p.
19. Tournigand P., Piquet P., Albrand J.J. et al. Reflexions paratitiques sur operation de Linton. A propos of 110 intervention // Phlebologie. — 1988. — Nov.-Dec., Vol. 41 (4). — P. 877-883.
20. Walsh J., Bergan J., Beeman S., et al. Femoral venous reflux abolished by greater saphenous vein stripping // Ann. Vase. Surg. — 1994. — Vol. 8. — P. 566-570.

Адрес для переписки: 664079, г. Иркутск, м/р Юбилейный, 100,

Шуликовская Ирина Валентиновна — к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории реконструктивной хирургии НЦРВХ СО РАМН;

Кыштымов Сергей Александрович к.м.н., заведующий отделением сосудистой хирургии ОКБ, ассистент кафедры госпитальной хирургии ИГМУ

© ЩАПОВ В.В., КОРНИЛОВ Н.Г., ЧИКОТЕЕВ С.П., ГУМЕРОВ Р.Р., ПРОКОПЬЕВ М.В., ЕЛИСЕЕВ С.М., ГЕЛЬФАНД С.А. — 2009

ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРОСВЕТ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КИСТОЗНОГО ПАНКРЕАТИТА

В.В. Шапов², Н.Г. Корнилов^{3,4}, С.П. Чикотеев^{3,4}, Р.Р. Гумеров^{1,4}, М.В. Прокопьев^{1,3}, С.М. Елисеев³, С.А. Гельфанд^{1,3}
(¹Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии Сибирского отделения РАМН, г. Иркутск,

директор — д.м.н., проф., член-корр. РАМН Е.Г. Григорьев;

²Центральная районная больница г. Шелехова, гл. врач — А.Н. Дудко;

³ГУЗ Иркутская областная клиническая больница, г. Иркутск, гл. врач — к.м.н. П.Е. Дудин;

⁴Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, ректор — д.м.н., профессор И.В. Малов)

Резюме. В статье освещены оптимальные тактические и технические приемы остановки кровотечения в просвет кист поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта при хроническом кистозном панкреатите. С 2004 по 2009 гг. в отделении портальной гипертензии ГУЗ Иркутской областной клинической больницы находилось 16