

Tumour necrosis factor- α (TNF- α) plays a key role in pathogenesis and clinic of rheumatoid arthritis. At the abdominal adiposity, one of components of a metabolic syndrome, a cage of a fatty fabric synthesis number of biologically active substances, including TNF- α , which play negative impact on a current of an articulate syndrome and rheumatoid arthritis. Thus, it is represented proved to use the preparations containing antibodies to TNF- α to which concerns artrofoom in treatment of the given group of patients.

Key words: rheumatoid arthritis, a metabolic syndrome, tumour necrosis

УДК 616.13

СОСТОЯНИЕ ГЛУБОКИХ ВЕН У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ КОРРIGИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

С.А. СУШКОВ, А.Г. ПАВЛОВ*

Произведено УЗИ вен у пациентов с варикозной болезнью. Добиться эффективной коррекции клапанов бедренной вены удалось у большинства оперированных. В отдаленные сроки отмечается увеличение числа больных, у которых повторно появляется патологический ретроградный кровоток в бедренной вене ($\leq 20\%$). Резекция и дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен также позволяют добиться стойкого прекращения кровотока в их дистальной части у большинства больных в ранние и отдаленные сроки.

Ключевые слова: варикозная болезнь, глубокие вены

При варикозной болезни нижних конечностей патологические изменения наблюдаются не только в поверхностных, перфорантных, но и глубоких венах. Понимание этого обстоятельства и неудовлетворенность результатами применяемых видов оперативных вмешательств подтолкнуло хирургов предпринимать попытки корректировать гемодинамические нарушения в глубоких венах. В 1968 г. R.L. Kistner впервые выполнил интравазальную пластику клапанов глубоких вен. В последующие годы было разработано большое количество вмешательств на венозных клапанах. Некоторые выдержали проверку временем и используются сейчас. Единой точки зрения о целесообразности выполнения операций на глубоких венах при варикозной болезни нет. Некоторые авторы рекомендуют осуществлять коррекцию кровотока в глубоких венозных сосудах [10,11,12], другие выражают сомнение в необходимости выполнения таких операций [3,9]. Очевидно, назрела необходимость проведения дополнительных исследований, позволяющих всесторонне оценить состояние глубоких вен после корректирующих вмешательств.

Доминирующее положение среди всех диагностических технологий, применяемых при заболеваниях вен нижних конечностей, заняло ангиосканирование с использованием В-режима, цветового и энергетического картирования позволяет всесторонне оценить морфологические и функциональные характеристики венозных сосудов. Опубликовано большое количество статей, посвященных изучению венозного русла при варикозной болезни. Имеются только единичные публикации, в которых авторы пытались, используя ультразвуковое ангиосканирование, оценить эффективность корректирующих вмешательств на глубоких венах.

Цель работы – оценка эффективности коррекции гемодинамики в глубоких венах после оперативного лечения варикозной болезни нижних конечностей.

Материал и метод. Обследовано 211 лиц, оперированных по поводу варикозной болезни в клинике общей хирургии Витебского ГМУ. Всем пациентам, кроме удаления поверхностных вен, выполнялись корректирующие вмешательства на глубоких венах (экстравазальная коррекция клапанов бедренной вены, резекция или дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен).

Экстравазальная коррекция клапана (ЭВК) бедренной вены производилась лавсановой спиралью по методике А.Н. Веденского [1]. Объектом вмешательства был клапан бедренной вены, располагающийся сразу под устьем глубокой вены бедра. Показанием к выполнению коррекции являлась несостоятельность этого клапана. Дистанционную окклюзию задних большеберцовых вен (ДОЗВ) производили по методике А.Н. Веденского [2]. В качестве обтурационного материала применялась аутовена. В отличие от способов, описанных в [5, 7], резекцию задних большеберцовых вен (РЗВ) производили из разреза 2-3 см позади медиальной лодыжки, при этом вены резецировались только в дистальном отделе на протяжении 1-1,5 см в проксимальном направлении. Одновременно выполнены экстравазальная коррекция клапана бедренной вены и РЗВ 24 больным.

УЗИ вен нижних конечностей после операции производили на аппарате «Logic 500 Pro» (GE Medical Systems, США), оснащенном линейными или конвексными датчиками с рабочей частотой 3,5-5 и 7,5-10 МГц. Пациенты обследовались в ортостазе и клиностазе, при этом использовались стандартные ультразвуковые «окна», применяемые для исследования глубоких вен.

Ангиосканирование проводили в В-режиме и с использованием цветового доплеровского и энергетического картирования. Морфологическую оценку вен производили в В-режиме. Оценивали проходимость бедренных и задних большеберцовых вен, состояние их стенки и клапанных створок. Для оценки венозного кровотока применяли сканирование в режиме цветового доплеровского картирования. Исследовали спонтанный и стимулированный кровоток, с проведением пробы Вальсальвы и компрессионных мануальных проб по общепринятым методикам [4,6]. Патологическим ретроградным кровотоком в бедренной вене считали рефлюкс продолжительностью $>0,5$ с. Энергетическое картирование применяли для выявления тромботических масс и оценки кровотока в задних большеберцовых венах.

В раннем послеоперационном периоде (9-12 суток) ультразвуковое триплексное сканирование произведено 55 больным после ЭВК, 90 после резекции, 75 после дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен и 15 после резекции одной и обтурации другой. Через 1 год после операции ангиосканирование бедренной вены было произведено 50 больным, через 3 года – 38, 5 лет – 26. Задние большеберцовые вены исследованы в сроки 1 год после резекции у 58, после дистанционной окклюзии у 41 пациентов. Через 3 и 5 лет обследовано после РЗВ 45 и 26 больных, после ДОЗВ 29 и 15 больных соответственно.

Результаты и их обсуждение. В ранние сроки из 55 обследованных патологический ретроградный кровоток в бедренной вене ниже места расположения лавсановой спирали был выявлен у 3 (5,46%) пациентов. Этот факт свидетельствует, что у некоторых больных не удается добиться полной коррекции клапанов бедренной вены. На наш взгляд, это может быть обусловлено патологией непосредственно створок клапана, которую не удастся выявить в дооперационном периоде при проведении флебографического и ультразвукового исследования. У большинства оперированных удается достичь желаемой цели и ликвидировать патологический ретроградный кровоток в бедренной вене.

У подавляющего большинства больных кровотока в задних большеберцовых венах в ранние сроки после вмешательства на них отсутствовал на разном протяжении. Так после резекции у 66 (73,3%) пациентов кровотока не определялся на расстоянии 5-7,5 см в проксимальном направлении от места вмешательства. У 8 (8,9%) кровотока не определялся на ещё большем расстоянии (10-12 см). Только у 12 (13,3%) это расстояние не превышало 2-3 см. У 2 больных в одной из вен кровотока не определялся на протяжении 7,5 см, во второй был резко ослаблен, но регистрировался сразу выше послеоперационной раны. Ещё у двух кровотока в обеих задних большеберцовых венах также был резко снижен, но определялся при сканировании в одной на 2 см выше раны, во второй на всем протяжении. После дистанционной окклюзии у 63 (84%) больных кровотока отсутствовал на протяжении 7,5-12 см. В 12 (16%) случаях одна из вен была обтурирована достаточно, на расстоянии 10-12 см, а во второй кровотока не определялся только на протяжении 3 см (6 случаев) и 5 см (6 случаев). При сочетании резекции и дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен прекращение венозного оттока на участке 7,5-12 см проксимальнее зоны вмешательства достигнуто у 11 (73,3%) больных. У 1 больного протяженность задних большеберцовых вен без кровотока не превышала 5 см. В 3 (20%) случаях в одной из вен была достигнута обтурация на протяжении 10 см. При этом второй кровотока не определялся на расстоянии 7 см (1 случай), 5 см (2 случая). После резекции у большинства больных кровотока исчезает в задних большеберцовых венах на протяжении 5-7,5 см. Выполнение дистанционной окклюзии позволяет добиться прекращения кровотока на протяжении до 10-12 см.

Как показали данные ультразвукового исследования, у большинства больных в ранние сроки реально удается добиться желаемого эффекта – ликвидацию ретроградного кровотока в задних большеберцовых венах. Следует отметить, что при адекватной окклюзии удается блокировать, имеющие важное значение в патогенезе варикозного расширения вен, перфорантные вены Коккетта и при этом избежать выполнения разрезов в зоне выраженных трофических нарушений. Кроме того, данные ульт-

* УО «Витебский государственный медуниверситет», Республика Беларусь

разрушающего исследования показали, что нет необходимости выполнять обширную резекцию задних большеберцовых вен на протяжении 5-7 см, рекомендуемую А.Н. Веденским [1], т.к. и при меньшем объеме удастся достичь прекращения кровотока на этом участке. Причем используемый нами вариант позволяет не продвигать разрез в проксимальном направлении в зону трофических нарушений. Необходимо отметить, что при ультразвуковом исследовании после коррекции кровотока каркис непосредственно клапанные створки. По мнению А.И. Кириенко с соавт. [3], наиболее вероятной причиной этого является искажение ультразвуковой волны при прохождении через витки спирали. Сама спираль хорошо визуализируется при сканировании в В-режиме. Оценка состоятельности клапанов в такой ситуации может осуществляться только при использовании спектральной или цветовой доплерографии. Мы чаще применяли последнюю.

При обследовании больных в отдаленные сроки, по данным ультразвукового ангиосканирования, корригируемый лавсановой спиралью клапан был не состоятелен через 1 год у 4 (8%) больных, через 3 года – 7 (18,4%) и 5 лет – 5 (19,3%) пациентов.

Ультразвуковое ангиосканирование задних большеберцовых вен в сроки 1 год после резекции проведено у 58, после дистанционной окклюзии у 41 пациентов. У 41 (70,7%) больных, которым была выполнена резекция задних большеберцовых вен, кровотоков не определялся на расстоянии 5-10 см проксимальнее места вмешательства. После дистанционной окклюзии у 32 (78%) больных кровотоков отсутствовал на протяжении 7,5-12 см. У остальных обследованных регистрировался невыраженный кровоток обычно в одной из вен на расстоянии 2-3 см от места вмешательства. Как показал ретроспективный анализ, во время операции им была выполнена резекция только одной и дистанционная окклюзия другой. Восстановление кровотока в этих ситуациях, на наш взгляд, можно объяснить или развитием коллатералей, или реканализацией просвета. У некоторых больных для этого есть анатомические предпосылки – наличие участков удвоения задних большеберцовых вен, крупных анастомозов с передними большеберцовыми и малоберцовыми венами. Такие анатомические особенности дистальных отделов задних большеберцовых вен описаны в литературе [8]. Для улучшения результатов вмешательств на задних большеберцовых венах следует исследовать эту зону в предоперационном периоде.

Через 3 и 5 лет обследовано после РЗВ 45 и 26 больных, после ДОЗВ 29 и 15 больных соответственно. У большинства пациентов, как и через 1 год после вмешательства, кровотоков в задних большеберцовых венах отсутствовал и после РЗВ, и после ДОЗВ.

При правильной технике выполнения вмешательства, добиться эффективной коррекции клапанов бедренной вены удается у подавляющего числа оперированных. В отдаленные сроки наблюдается увеличение количества больных, у которых повторно появляется патологический ретроградный кровоток в бедренной вене. Однако их число $\leq 20\%$. Резекция и дистанционная окклюзия также позволяют добиться стойкого прекращения кровотока в дистальной части задних большеберцовых вен у большей части больных, как в ранние, так и отдаленные сроки.

Выводы. После экстравазальной коррекции клапанов бедренной вены лавсановой спиралью в ранние сроки, по данным ультразвукового ангиосканирования, ретроградный кровоток исчезает у 94,54% пациентов, что свидетельствует о непосредственной эффективности данной методики оперативного вмешательства. В отдаленные сроки после экстравазальной коррекции клапанов у 20% оперированных больных отмечается повторное появление ретроградного кровотока ниже корригируемого клапана. Применение резекции и дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен позволяет добиться стойкой блокады кровотока в дистальных отделах задних большеберцовых вен и ликвидировать, возникшие гемодинамические нарушения в этом сегменте венозного русла. Стойкость, достигаемых гемодинамических эффектов, у подавляющего количества больных свидетельствует об обоснованности и целесообразности применения корригирующих операций на глубоких венах у больных варикозной болезнью нижних конечностей.

Литература

1. Веденский А.Н. Варикозная болезнь // А.Н. Веденский. Л.: Медицина, 1983. 208 с.

2. Веденский А.Н. Новый способ коррекции патологического кровотока в венах голени / А.Н. Веденский // Вестник хирургии, 1988. №4. С.143-144.

3. Влияет ли экстравазальная коррекция клапанов бедренной вены на течение варикозной болезни? / А.И. Кириенко [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия, 2002. Т. 8, № 2. С. 39-44.

4. Зубарев А.Р. Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей / А.Р. Зубарев, В.Ю. Богачев, В.В. Митьков. М.: Видар, 1999. 104 с.

5. Клемент А.А. Хирургическое лечение заболеваний вен конечностей / А.А. Клемент, А.Н. Веденский. Л.: Медицина, 1976. 295 с.

6. Клиническая ультразвуковая диагностика патологии вен нижних конечностей / Ю.В. Новиков [и др.]; под общ. ред. Ю.В. Новикова. Кострома: ДиАр, 1999. 72 с.

7. Константинова Г.Д. Коррекция дистального отдела задних большеберцовых вен при посттромботической болезни нижних конечностей / Г.Д. Константинова, Ю.В. Василенко // Хирургия. 1986. №5. С. 119-121.

8. Лебедев, А.С. Особенности венозного кровотока в мягких тканях внутренней поверхности голени по данным вариантной анатомии / А.С.Лебедев, Г.Д. Константинова, А.Е. Богданов // Ангиология и сосудистая хирургия, 1996. №3. С. 126-129.

9. Роль клапанной недостаточности бедренной вены в течении и рецидивировании варикозной болезни нижних конечностей / А.В. Гавриленко [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия, 2006. Т. 12, № 3. С. 61-66.

10. Effect of external valvuloplasty of the deep vein in the treatment of chronic venous insufficiency of the lower extremity / S.M. Wang [et al.] // J. Vasc. Surg. 2006. Vol. 44, № 6. P. 1296-1300.

11. Lane R.J. Intermediate to long-term results of repairing incompetent multiple deep venous valves using external valvular stenting / R.J. Lane, M.L.Cuzzilla, C.G. McMahon // ANZ J. Surg. 2003. Vol. 73, № 5. P. 267-274.

12. Lurie F. Surgical management of deep venous reflux / F. Lurie, R.L.Kistner, B. Eklof // Semin. Vasc. Surg. 2002. Vol. 15, № 1. P. 50-56.

DEEP VEINS' STATE IN PATIENTS WITH VARICOSITY AFTER CORRECTING INTERVENTIONS

S.A. SUSHKOV, A.G. PAVLOV

Vitebsk State Medical University, Byelorussia

The estimation of efficiency of correction of hemodynamics in deep veins after operative treatment of varicosity illnesses of lower extremities was carried out. Deep veins ultra-sound investigation after correcting interventions was performed in the patients with varicosity. Effective correction of the femoral vein valves was achieved in the majority of patients. In the distant terms the increased number of patients is marked in whom pathologic retrograde blood flow in the femoral vein appears repeatedly. But their number doesn't exceed 20%. Posterior tibial veins resection and distant occlusion also permits to achieve stable blood flow extinction in their distal part in the majority of patients during early and distant periods.

Keywords: varicosity, deep veins, correcting surgeries

УДК 616.61.63-053.3-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Б.М. ЛОЛАЕВА*

Обследовано 46 детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет с различными клиническими формами мегауретера. У 28 детей отмечался двусторонний мегауретер, у 25 – обструкция дистального сегмента мочеточника, у 16 – пузырно-мочеточниковый рефлюкс, у 5 больных причинами мегауретера являлась нейрогенная дисплазия мочеточника, и у 4 у 18 детей – односторонний. Моделирование мочеточника по Start у больных с врожденным мегауретером является наиболее эффективным методом лечения. Он позволяет восстановить тонус мочеточника при минимальном количестве осложнений.

Ключевые слова: мегауретер, хирургическая обработка

Хирургическое лечение мегауретера остается трудной задачей в связи с развитием осложнений и большого процента неудовлетворительных результатов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Причинами возникновения осложнений являются уродинамические нарушения в мочеточниках, неадекватный выбор сроков и метода оперативного лечения, а также технические погрешности в ходе хирургической коррекции [1-5]. Тактика хирургического лечения зависит от тяжести состояния ребенка, формы и степени выраженности мегауретера, сопутствующей патологии.

Цель исследования – сравнительная оценка результатов хирургического лечения мегауретера у детей.

Материалы и методы. Анализ результатов хирургического лечения мегауретера у детей проведен у 44 оперированных больных на 72 мочеточниках за период с 1996 г. по 2006 г. Длитель-

* ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»