

ввиду невозможности магистральной кровотока по глубокой артерии бедра у 1 больного было произведено перекрестное бедренно-подколенное шунтирование.

У 2 больных перекрестное подвздошно-бедренное шунтирование осуществлено из ветви бифуркационного протеза с расположением трансплантата в предпузырной клетчатке.

Аррозивное кровотечение из области дистального анастомоза после бифуркационного аортобедренного шунтирования послужило предпосылкой для 2 повторных операций: подвздошно-бедренное шунтирование с атипичным проведением трансплантата через запирающее отверстие и мышечную лакуну.

Важным аспектом оперативного вмешательства при перекрестном бедренно-бедренном шунтировании явились превентивные меры развития синдрома «обкрадывания» донорской нижней конечности (Затевахин И. И. и соавт., 1993). Для этого в 3 случаях потребовалась интраоперационная дилатация подвздошных артерий и в 5 – различные виды пластики глубокой артерии бедра на ипсилатеральной стороне.

Наряду с этим улучшение путей оттока имеет прогностическое значение для функционирования экстраанатомических шунтов. Последнее достигалось выполнением различных видов профундопластики на реципиентных конечностях в 17 случаях (при подключично-бедренном шунтировании – в 9 наблюдениях и поперечном бедренно-бедренном шунтировании – в 8).

В послеоперационном периоде у 11 (29,7%) больных наблюдались 14 осложнений (пимфорей – в 5 случаях, гематома – в 2, краевой некроз – в 3, тромбоз шунта – в 4).

Ампутация конечности выполнена 7 больным (18,9%). В послеоперационном периоде умерло 2 (5,4%) больных.

Таким образом, экстраанатомические шунтирующие операции в 81,1% наблюдений обеспечивают

компенсацию регионарного кровообращения, являясь альтернативой ампутации конечности.

Поступила 4.07.07 г.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: Де Ново, 2000. 488 с.
2. Бураковский В. И., Бокерия Л. А. Сердечно-сосудистая хирургия: Руководство. М.: Медицина, 1989. 752 с.
3. Затевахин И. И., Говорунов Г. В., Сухарев И. И. Реконструктивная хирургия поздних реокклюзий аорты и периферических артерий. М., 1993. 157 с.
4. Затевахин И. И., Комраков В. Е. Инфекция в сосудистой хирургии. М., 1998. 208 с.
5. Сухарев И. И. Хирургия атеросклероза брюшной части аорты и периферических артерий у больных с сахарным диабетом. Киев, 1990. 295 с.

**A. K. JANE, H. R. NAPSO**

#### **POSSIBILITY OF LOW EXTREMITIES REVASCULARIZATION BY EXTRAANATOMICAL BYPASSING SURGERY**

*Results of 38 atypical shunting operation in 37 patients are presented in the article. There were severe ischemias of inferior limbs in 29 patients, acute aortiliac segments thrombosis in 5 patients, aneurysm of the abdominal aorta in 3 patients. Accompanying diseases increased the state of patients; and they were the reason for such operation.*

*Profundoplastic operations were fulfilled in order to improve the way of outflow.*

*Extraanatomyc shunting operations compensated arterial blood flow of inferior limbs in 81,1% cases and were alternative to amputation.*

**A. K. ЖАНЕ, А. Г. ПИЧУГИН, Д. А. ЖАНЕ**

## **ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ**

*Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена – Клиника XXI века*

Варикозная болезнь нижних конечностей является одной из самых распространенных сосудистых патологий.

В значительной мере нарушения оттока венозной крови из ног связаны с фактором гравитации и являются результатом прямохождения человека (Яблоков Е. Г. и соавт., 1999). При этом у женщин они встречаются примерно в два раза чаще, чем у мужчин. Принципиальное значение в реализации венозного возврата имеет мышечно-венозная помпа голени, которая в сочетании с функционированием клапанного аппарата вен направляет кровь от периферии к центру.

В литературе заболевание описывается под различными названиями. Наибольшее распространение в клинической практике получил термин, рекомендованный профессором В. С. Савельевым (1972) – варикозная болезнь нижних конечностей.

Предложено множество различных классификаций варикозной болезни нижних конечностей. Накопленный нами многолетний опыт лечения больных с этой патологией свидетельствует в пользу классификации профессора Г. Г. Сычева (1971). Согласно этой классификации выделяются поверхностная, глубокая и смешанная формы варикозной болезни нижних

конечностей, а также стадии – компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная.

В настоящее время экспертами международной согласительной группы (1994) предложена новая классификация хронических заболеваний вен нижних конечностей – система CEAP. Она предусматривает характеристику клинических (Clinical) признаков, этиологических (Etiologia) и анатомических (Anatomical) факторов, а также учет патофизиологических (Pathophysiological) изменений. Принципиальным фактором ее применения служит целесообразность балльной оценки выраженности заболевания, что позволяет объективизировать сравнение достоверности различных методов лечения варикозной болезни нижних конечностей.

В связи с тем, что при варикозной болезни нижних конечностей изменения венозной стенки, в том числе и на клапанах, носят необратимый характер, консервативные методы лечения недостаточно эффективны или малоперспективны. Они могут быть рекомендованы тем пациентам, которые имеют противопоказания к оперативному вмешательству или в сочетании с хирургическим лечением. Эффективность лечения флеботропными препаратами оценивается по действию на симптомокомплекс заболевания, практически не учитывается влияние на качество жизни пациентов. В связи с этим было определено понятие «связанное со здоровьем качество жизни» при варикозной болезни нижних конечностей.

Консервативные мероприятия при данной патологии сводятся к постоянному ношению опорно-эластичных бинтов или чулок и приему препаратов, тонизирующих венозную стенку, купирующих воспалительную реакцию, стимулирующих венозный и лимфаток и устраняющих микроциркуляторные расстройства (детралекс, гинкор форт, цикло-3-форт, троксевазин и целый ряд других средств).

Показаниями к оперативному лечению варикозной болезни нижних конечностей являются все ее проявления, мешающие нормальной жизнедеятельности (Шалимов А. А., Сухарев И. И., 1984).

Противопоказаниями к операции служат тяжелые сопутствующие заболевания других органов и систем организма (противопоказания общего характера). К местным противопоказаниям относятся экзема и дерматиты, обострение воспалительного процесса в трофической язве.

При установлении показаний к оперативному лечению и выборе метода хирургической коррекции венозной гемодинамики при варикозной болезни следует проводить дифференциальную диагностику с вторичным варикозным расширением подкожных вен при ангиодисплазиях (артериовенозные свищи, аплазия глубоких вен и другие), дилатацией подкожных вен при посттромбофлебитической болезни нижних конечностей и таза.

Для определения функционального состояния клапанного аппарата глубоких, подкожных и перфорантных вен применяются различные пробы. Из них наиболее часто используемыми являются проба Броди–Троянова–Тренделенбурга, «маршевая проба» или проба Дельбе–Пертеса, пробы Пратта и Мейо–Пратта.

В ряде клинических ситуаций, главным образом при декомпенсированных формах варикозной болезни, вышеуказанные функциональные пробы оказываются недостаточно информативными.

Получить дополнительную информацию о состоянии глубоких вен (проходимость и состоятельность клапанов), обнаружить рефлюкс через сафено-бедренное и сафено-подколенное соустье, определить состояние клапанного аппарата большой и малой подкожных вен, а также выявить наличие и локализацию недостаточных перфорантных вен можно с помощью специальных инструментальных методов исследования: ультразвуковых, радионуклеидных и рентгеноконтрастных (Гавриленко А. В., 1999). При этом приоритетную роль в настоящее время играют неинвазивные диагностические методики: доплерография и дуплексное сканирование сосудов.

Дуплексное ангиосканирование позволяет установить наличие варикозной болезни, дает определенную информацию о состоянии глубоких, поверхностных и перфорантных вен.

С целью получения дополнительной информации о характере и выраженности изменений при варикозной болезни нижних конечностей применяется радионуклеидная флебосцинтиграфия, которая позволяет выявить замедление венозного оттока, определенный перфорантный сброс и в ряде случаев недостаточность клапанов глубоких вен.

Рентгеноконтрастная флебография в настоящее время утрачивает свои диагностические возможности. Вместе с тем флебографическое исследование позволяет наиболее объективно характеризовать анатомическое и функциональное состояние венозной системы пораженной конечности.

В основе современного подхода к хирургической коррекции венозной гемодинамики при варикозной болезни нижних конечностей лежит патогенетический принцип, предусматривающий ликвидацию всех патологических вено-венозных сбросов.

Вено-венозные сбросы делятся на «верхние» (несостоятельность сафено-бедренного и сафено-подколенного анастомозов) и «нижние» (перфорантные вены голени с недостаточными клапанами) (Савельев В. С. и соавт., 2001).

При декомпенсированных формах хронической венозной недостаточности с наличием трофической язвы мы придерживаемся принципа – операцию выполнять после заживления трофической язвы. При этом консервативные мероприятия включают эластичное бинтование нижней конечности с местной дополнительной компрессией области локализации патологического процесса или накладывание цинк-желатиновой повязки. В случае осложнения течения варикозной болезни дерматитом или экземой сначала проводится их лечение, а затем решается вопрос о выполнении оперативного вмешательства. Если консервативными мероприятиями не удастся добиться эпителизации трофической язвы, вынужденно предпринимается хирургическое лечение, направленное на коррекцию венозной гемодинамики нижних конечностей. В этих случаях операцию можно сочетать с иссечением язвы и свободной кожной пластикой.

Методом выбора обезболивания при оперативном лечении является спинномозговая или перидуральная анестезия. Вместе с тем при этой патологии используются и другие виды обезболивания: эндотрахеальный наркоз и проводниковая анестезия, внутривенный наркоз.

В настоящее время хирургическое лечение варикозной болезни предусматривает комбинированное применение различных оперативных вмешательств,

в свое время предложенных как самостоятельные. В клинической практике наиболее часто сочетаются операции Троянова–Тренделенбурга, Бибкока, Нарата, Коккета, Кохера или Соколова. При осложненных формах патологии хирургическое пособие включает в себя также операции Воскресенского (при остром тромбозе) и Линтона (декомпенсированные стадии заболевания). В отличие от операции Троянова–Тренделенбурга расширенная высокая приустьевая резекция v.saphena magna с притоками получила название «кроссэктомия» (Bergan, 1992).

При глубокой и смешанной формах варикозной болезни нижних конечностей обоснованной является коррекция клапанного аппарата глубоких магистральных (общая и поверхностная бедренные и подколенная) вен. Коррекция клапанного аппарата глубоких магистральных вен может осуществляться экстравазальным (Веденский А. Н.) и интравазальным (Кистнер) методами (Константинова Г. Д. и соавт., 2000).

В настоящее время как альтернатива традиционной флебэктомии по Нарату и другим способам находит применение мини-флебэктомия с использованием специальных инструментов.

В последние годы высокую оценку находит новая методика операций при варикозной болезни с помощью эндохирургии. Она позволяет добиться устранения горизонтального рефлюкса крови через несостоятельные перфоранты в случае трофических нарушений кожи, открытых трофических язв и вторичных нарушений лимфатического оттока.

Определенное место в лечении варикозной болезни нижних конечностей занимает склерозирующая терапия. Сущность методики заключается в том, что при введении в просвет вены ряда препаратов (тромбовар, сотрадексол, фибро-вейн и другие) происходит облитерация ее просвета в связи с наступающей деструкцией интимы сосуда и асептическим тромбозом. В настоящее время склерозирующая терапия может применяться как самостоятельный метод лишь в начальных стадиях заболевания и по строгим показаниям, а также в комбинации с оперативным вмешательством при долечивании больных.

Отдельные клиники в свое время пропагандировали электрохирургический метод лечения варикозной болезни. Он предусматривает в одних случаях эндовазальную, а в других – перивазальную электрокоагуляцию подкожных вен.

В ведении послеоперационного периода оправдала себя активная тактика. Эластичное бинтование нижней конечности производится сразу же после хирургического вмешательства на операционном столе. В ближайшем послеоперационном периоде компрессионную терапию следует осуществлять бинтами длинной растяжимости, а после активизации больного можно перейти на биндаж средней степени растяжимости. На 10–12-е сутки вместо бинтования могут применяться медицинские чулки или колготки I–II компрессионных классов.

Эластичную компрессию после склерохирургии вен, как правило, осуществляют бинтами средней степени растяжимости на 8–12 дней. В последующем профилактика рецидива заболевания достигается медицинскими чулками I компрессионного класса. После флебосклерозирующей терапии ретикулярного варикоза и телеангиоэктазий продолжительность эластичной компрессии не превышает 2–3

дней. В последующем при необходимости рекомендуется ношение профилактического медицинского трикотажа.

В зависимости от общего состояния пациента ходить разрешается в день операции или на следующий день, однако сидеть с опущенными ногами и стоять не рекомендуется в течение 5–7 дней. В послеоперационном периоде назначают анальгетики, противовоспалительные препараты, детралекс, троксевазин или другие венотоники, антибиотики – по показаниям.

Швы снимаются на 7–9-й день. При этом после эндоскопической операции Линтона послеоперационное время сокращается почти в 2 раза. Наряду с этим достигается уменьшение сроков полной медико-социальной реабилитации до 1,5–2 месяцев, тогда как оперированные обычным способом нуждаются в 6–8-месячной реабилитации.

По выписке из стационара рекомендуются эластичное бинтование оперированной конечности в течение 1,5–2 месяцев, занятия лечебной физкультурой, санаторно-курортное лечение (Мацеста, Кисловодск, Майкоп и др.).

За период с 2001 по 2007 г. в нашей клинике обследованию и хирургическому лечению подвергнуто 862 пациента с варикозной болезнью. Возраст больных варьировал от 17 до 65 лет, из них 718 женщин и 144 мужчины. Двустороннее поражение выявлено у 336 пациентов, одностороннее – у 526. Из числа пациентов с двусторонним поражением 194 выполнена одномоментная (54 пациента) или этапная (140 пациентов) комбинированная флебэктомия, в том числе с применением эндоскопической диссекции перфорантных вен. Этапной операцией мы считаем флебэктомия, выполненную на другой ноге через 2–3 суток после первой.

В группе больных, которые подверглись одномоментным или этапным операциям, не отмечено увеличения срока стационарного лечения и более поздней активизации в послеоперационном периоде. После одномоментных операций длительность стационарного лечения составила 7–8 дней и после этапных вмешательств – 9–10 дней.

В связи с актуальностью проблемы лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей продолжается поиск новых подходов к данной патологии. Применение одномоментных и этапных оперативных вмешательств, в том числе с использованием малоинвазивных методик, позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных и приводит к их быстрейшему выздоровлению.

*Поступила 08.08.07 г.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гавриленко А. В. Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. М.: ГУП «Экспериментальная типография», 1999. 152 с.
2. Константинова Г. Д., Зубарев А. Р., Градусов Е. Г. Флебология. М.: издательский дом «Видар-М», 2000. 154 с.
3. Савельев В. С., Гологорский В. А., Кириенко А. И. и другие. Флебология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2001. 664 с.
4. Шалимов А. А., Сухарев И. И. Хирургия вен. Киев: Здоровье. 1984. 250 с.
5. Яблоков Е. Г., Кириенко А. И., Богачев В. Ю. Хроническая венозная недостаточность. М.: издательство «Берег», 1999. 128 с.

A. K. JANE, A. G. PICHUGIN, D. A. JANE

## POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS AND SURGERY OF VARICOSE DISEASE

The article presents up to date methods of diagnostic and surgical treatment of varicose diseases of low extremities.

From 2002 to 2006 527 patients were surgically treated with varicose diseases. In 207 cases varicose veins were

detected on both legs, in 320 cases on one leg. Combine flebectomy was made in 23 cases simultaneously on both extremities, and in 98 cases differently, in some cases applied endoscopic dissection of perforating veins. In this group of patients with both legs impairment there were no hospital stay prolongation. After simultaneous operation average hospital stay was 7–8 days, after different 9–10 days.

Forthputting simultaneous and different operations with endoscopic approaches improves results of treatment this group of patients and decrease time to recovery.

A. K. ЖАНЕ, М. К. ШАОВ, Х. Р. НАПСО, А. Г. ПИЧУГИН

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена – Клиника XXI века

В последние годы реабилитация больных с колоректальным раком привлекает все большее внимание врачей онкологов. Это связано с тем, что наряду с увеличением заболеваемости раком прямой и толстой кишки с каждым годом возрастает также число больных, длительно живущих после радикального хирургического лечения.

Общая заболеваемость колоректальным раком в России составляла 22 000 на конец 2004 года, по некоторым регионам:

- Краснодарский край – 830 человек,
- Кабардино-Балкария – 70 человек,
- Республика Адыгея – 66 человек.

До настоящего времени достаточно большому числу больных раком прямой кишки приходится выполнять операцию с удалением запирающего аппарата и формированием противоестественного заднего прохода – брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки (22–28%) (Федоров В. Д., 1987, Кныш В. И., 1991).

Непосредственные и отдаленные результаты большинства авторов признают удовлетворительными. В данный период времени в США проживает до миллиона человек с различными видами стом на передней брюшной стенке

В России, по данным Г. И. Воробьева и соавт. (1991), число больных с колостомами составляет не менее 80 000 человек.

Так как заболеваемость имеет тенденцию к увеличению, то на сегодняшний день, как мы предполагаем, количество стомированных больных значительно выросло. Жизненный и профессиональный опыт показывает, что пациенты даже после потери одной или обеих конечностей, как правило, находят место в жизни. Иная картина складывается при изучении жизни постоянно стомированных больных. Потерю возможности нормального, естественным путем, опорожнения кишечника большинство больных ощущает как чрезвычайно затрудняющее их жизнь обстоятельство и воспринимается многими тяжелее, чем большинство других хирургических операций.

На наш взгляд, несмотря на то что полная реабилитация больных с удаленным запирающим каналом невозможна, а больных, подвергнутых операции типа

Гартмана, ожидает существование с колостомой в течение длительного времени, необходимо стремиться всеми возможными способами улучшить качество жизни данной группы пациентов.

Реабилитацию стомированных больных можно разделить на консервативные и оперативные методы.

Консервативные методы реабилитации – это регуляция стула диетой и лекарственными методами.

Оперативные методы практически одновременно разделились на три направления. Ни одно из этих направлений к настоящему времени не закончилось в своем становлении. В основу этих направлений заложено 3 принципа: наружное сдавление, “сфинктеризация”, обтурация.

Наружное сдавление в настоящее время пока не используется, так как атрофические и рубцовые процессы в выкраиваемых кожных лоскутах быстро сводят на нет основную цель этих методик.

“Сфинктеризация”. В литературе описано около 200 видов оперативных вмешательств с формированием искусственного запирающего аппарата толстой кишки из фасциально-мышечных лоскутов.

Не оправдали возлагавшихся надежд и многочисленные способы создания так называемого “управляемого искусственного ануса” путем “сфинктеризации” выводимого на переднюю брюшную стенку и промежность участка кишки из-за технической сложности проведения данных вмешательств.

Обтурация. Эти способы, предлагающие внедрение инородных тел, в настоящее время оставлены из-за недостаточной эффективности и поздних осложнений.

К главным недостаткам хирургических методов необходимо отнести следующие. Хирургическое вмешательство при колоректальном раке уже является травматичным, а кроме того, ни один из этих методов не обеспечивает возвращения больного к полноценной жизнедеятельности по разным причинам.

Основной целью всех оперативных вмешательств с попытками создания запирающего аппарата из футлярно-мышечных тканей является максимально полный контроль за актом дефекации. В своей практике мы поставили перед собой ту же цель.