

УДК 616.14-002: 617.58

О.А. Шумков, Д.В. Хабаров

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, Новосибирск

Разработана комплексная программа обследования и хирургического лечения больных с трофическими язвами на фоне хронической венозной недостаточности. Обнаружено, что больных с трофическими язвами венозного генеза характеризуют нарушения дренажно-детоксикационной функции лимфатического региона пораженной конечности, что выражается в снижении скорости и объема оттока периферической лимфы (по данным реолимфовазографии). Разработана методика симультанной хирургической коррекции венозной недостаточности и нарушений лимфатического дренажа конечности. Использование нового хирургического метода в лечении больных с венозными трофическими язвами позволяет корригировать выявленные нарушения в лимфатическом регионе.

Ключевые слова: трофическая язва, хроническая венозная недостаточность, эндоскопическая диссекция перфорантных вен

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей чрезвычайно распространена в современном мире. В России различными ее формами страдают более 35 млн чел., причем у 15% из них уже имеются трофические изменения кожи, открытые или рецидивирующие трофические язвы. Хроническая венозная недостаточность (ХВН) – это не нозологическая форма, а патологическое состояние, к которому приводят две основные причины: варикозная и посттромботическая болезни. Наиболее тяжелое проявление хронической венозной недостаточности – трофическая язва. В основе патогенеза трофической язвы при ХВН лежит флебогипертензия, обусловленная патологическим преимущественно горизонтальным венозным рефлюксом вследствие недостаточности клапанного аппарата перфорантных вен. Венозная гипертензия приводит к увеличению объема плазмы, проникающей из капилляров, что ведет к отеку и гипоксии тканей. В последнее время особое значение придается лейкоцитам, которые в условиях хронического венозного стаза фиксируются к эндотелию капилляров и затем мигрируют в ткани. При этом лейкоциты выделяют токсические компоненты, вызывающие воспалительную реакцию и нарушения в системе микроциркуляции [2]. Заключительным звеном патогенетической цепи является развитие целлюлита, дерматита и трофической язвы. В клинике НИИ КиЭЛ СО РАМН особое значение придается изменениям в лимфатической системе региона как патогенетического фактора развития трофической язвы. Так, данными сотрудников НИИ КиЭЛ установлено снижение скорости и объема оттекающей периферической лимфы у больных с венозными трофическими язвами. Нормализация данных показателей в процессе лечения сопровождалась ускорением

заживления язв, ликвидацией отека конечности [1].

Для выбора тактики и стратегии лечения трофической язвы на фоне ХВН необходимо решить следующие диагностические задачи: уточнить причину ХВН, оценить состояние глубоких вен, обнаружить рефлюкс через сафено-бедренное соустье, определить состояние клапанного аппарата стволов большой и малой подкожных вен, выявить наличие и локализовать недостаточные перфорантные вены. Для решения этих задач необходимы инструментальные методы исследования. В первую очередь к исследованиям, способным решить поставленные задачи, относятся доплерография, дуплексное сканирование, радионуклидная флебосцинтиграфия. Кроме традиционных методов исследования венозной системы нижних конечностей, в НИИ КиЭЛ СО РАМН для диагностики венозной язвы на фоне ХВН применяется лазерная доплеровская флоуметрия, хронаксиметрическая диагностика электровозбудимости мышц, а также разработанная в клинике методика реолимфовазографии. Неинвазивный метод реолимфовазографии позволяет оценить скоростные и объемные характеристики венозного и лимфатического оттоков и контролировать данные показатели в процессе лечения.

Для лечения ХВН предложено множество вариантов хирургических вмешательств. В связи с патогенезом ХВН основными задачами ее оперативного лечения являются устранение патологического рефлюкса и варикозного расширения подкожных вен. Это возможно с помощью традиционных хирургических вмешательств, а также нестандартных методик (эндохирургические операции, склеротерапия). Методы хирургической коррекции нарушений венозного кровотока можно разделить

на 4 группы: 1-я – методы, устраняющие ретроградный кровоток в поверхностных венах (радикальное удаление несостоятельных варикозно измененных поверхностных вен); 2-я – методы, ликвидирующие патологический рефлюкс из глубокой венозной сети в поверхностную (перевязка коммуникантных вен бедра, голени, стопы); 3-я – методы, устраняющие ретроградный венозный кровоток по глубоким венам (экстравазальная коррекция клапанов, создание искусственных клапанов); 4-я – методы, направленные на создание окольного венозного оттока при окклюзии глубоких вен (аутовенозное шунтирование).

Вопрос о сроках оперативного лечения остается до сих пор дискуссионным. Однако большинство хирургов предпочитают поэтапное лечение – добиваются заживления язв консервативными методами, затем выполняют хирургическое вмешательство на венах нижних конечностей. По нашему мнению, подход в выборе сроков оперативного вмешательства должен быть сугубо индивидуальным. Лечение больных с трофическими язвами во всех случаях следует начинать с консервативных методов. При хорошем клиническом эффекте консервативной терапии, склонности язвы к заживлению следует продолжить лечение до возможной эпителизации раневой поверхности и после заживления раны выполнить операцию на венозной системе конечности. При отсутствии тенденции раны к заживлению затягивать с оперативным лечением не стоит.

Наш опыт показывает, что опасность вспышки раневой инфекции, увеличения размеров язвы после операции на венах нижних конечностей при незажившей ране преувеличена. Однако при невозможности заживить язву консервативными методами следует подготовить раневую поверхность перед операцией на венах. Важно добиться полной ликвидации дерматита, экземы, отсутствия некрозов и фибрина в ране. Критерием хорошей подготовки раны может служить жизнеспособная грануляционная ткань в ране, краевая и островковая эпителизация, исчезновение отека конечности. Объем оперативного вмешательства и последовательность его этапов могут быть различными.

По нашему мнению, хирургическое лечение должно быть многоэтапным. На поверхностных венах применяются операции – кроссэктомия Троянова – Тренделенбурга, флебэктомия Бэбкокка, Нарата и др. Часто ведущая роль в генезе трофической язвы принадлежит несостоятельности коммуникантных вен, поэтому важным этапом хирургической коррекции венозного кровотока является разобщение поверхностных и глубоких вен.

Начиная с 40-х годов нашего столетия во флебологии активно использовались методы хирургического лигирования перфорантных вен голени, несостоятельность которых является ведущим звеном в патогенезе трофических расстройств. В на-

стоящее время эндоскопическая диссекция перфорантных вен занимает лидирующие позиции в ликвидации горизонтального венозного рефлюкса. В клинике накоплен достаточный опыт выполнения таких операций. Однако данная операция воздействует лишь на венозную систему конечности, а между тем изменения в лимфатическом регионе являются, по нашему мнению, значимым патогенетическим фактором развития трофической язвы.

С учетом опыта Rabe E., Pannier-Fisher F. [5] в НИИ КиЭЛ СО РАМН разработан способ лечения венозных трофических язв путем дополнения эндоскопической диссекции недостаточных перфорантных вен эндоскопической фасциотомией в проекции медиального лимфатического коллектора. По нашему мнению, фасциотомия позволяет снять субфасциальный отек и избыточное давление в фасциальных футлярах голени, к которому приводит дерматолипофасциосклероз. Кроме того, эндоскопическая фасциотомия позволяет сооперировать между собой поверхностный и глубокий лимфатический коллекторы, тем самым улучшая лимфодренажную функцию региона [3].

Используя данную методику на 36 пациентах, нам удалось достичь полного заживления язв у 89% больных. У 14% больных оперативный этап проводили при наличии трофической язвы, которая заживала в послеоперационном периоде у всех пациентов. Лишь у одной пациентки возник рецидив язвы в течение 1 года после операции. Осложнений эндоскопической диссекции перфорантных вен и эндоскопической фасциотомии не было.

Таким образом, первый опыт эндоскопической диссекции перфорантных вен с фасциотомией у больных с трофическими язвами показал необходимость одновременной коррекции лимфатического и венозного дренажей при данной патологии.

ENDOSCOPIC OPERATIONS ON VENOUS SYSTEM OF LOWER LIMBS ON PATIENTS WITH THE VENOUS ULCERS

O.A. Shumkov, D.V. Khabarov

The complex program of inspection and treatment of the patients with the venous ulcers is developed. It is revealed, that the patients with venous ulcers are characterized by infringements of detocical function of lymphatic region struck limb, that is expressed in decrease of speed and volume of outflow lymphs (on the data of reolymphovasography). The techniques of endoscopic phasciotomy are developed. The using of the new surgical method in treatment of the patients with venous ulcers lymphogenes methods allows to correct the revealed infringements in lymphatic region.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любарский М.С., Шевела А.И., Шумков О.А. // Ангиология и сосудистая хирургия. 2002. № 3. С. 114–115.
2. Швальб П.Г. Флебологическая. 2001. № 13. С. 4–8.
3. Шевела А.И., Шумков О.А. и др. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2001. № 1. С. 112–115.
4. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. М., 1999. 128 с.
5. Rabe E., Pannier-Fisher F. // Z Hautkrankheiten. 1999. № 11. С. 651–655.