

УДК 616.147.3-007.64-085

Пиптюк О.В., Гончар М.Г., Сабадош Р.В., Ризюк М.Д.

Особливості будови, аномалії розвитку та патологічні зміни сафеностегнового з'єднання у пацієнтів з варикозною хворобоюКафедра хірургії стоматологічного факультету (зав. каф. - проф. О.В.Пиптюк)
Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Патологія сафеностегнового з'єднання (ССЗ) відіграє одну з провідних ролей у розвитку варикозної хвороби (ВХ) нижніх кінцівок. На 533 кінцівках з ВХ, використовуючи ультразвукове тріплексне сканування та інтраопераційне підтвердження його результатів, вивчено особливості будови, аномалії розвитку та патологічні зміни ССЗ. Встановлено, що ССЗ – це складна анатомічна структура з численними варіантами будови та імовірністю виникнення значної кількості різноманітних шляхів поширення патологічних венозних рефлюксів. Особливості будови ССЗ та шляхи поширення чи відсутність патологічних венозних рефлюксів через цю анатомічну структуру повинні визначати хірургічну тактику при лікуванні пацієнтів з ВХ.

Ключові слова: варикозна хвороба, сафеностегнове з'єднання.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Відповідно до діючого на сьогоднішній день «Українського консенсусу з лікування пацієнтів з ВХ нижніх кінцівок» (2005 р.), першим і головним принципом їх хірургічного лікування є «усунення патологічних рефлюксів з глибоких вен у поверхневі», тобто, остіальних рефлюксів (у гирлах магістральних підшкірних вен) та горизонтальних (у пронизних венах) [3]. Кожен з цих 2 видів рефлюксів може спостерігатися у хворих як самостійно, так і в поєднанні з іншим видом, але самостійне існування остіальних рефлюксів зустрічається значно частіше, ніж горизонтальних [1]. Останнє свідчить про те, що найчастішим джерелом рефлюксів з глибоких вен у поверхневі є неспроможність термінальних клапанів великої і малої підшкірних вен, а отже патологія сафеностегнового та сафенопідколінного з'єднань. При цьому, значно частіше уражується ССЗ. Згідно з сучасною міжнародною міждисциплінарною термінологією, ССЗ – це поняття, яке включає в себе: 1) отвір у місці впадіння великої підшкірної вени (ВПВ) у загальну стегнову вену; 2) сегмент ВПВ від її термінального клапана (клапан у місці її впадіння у загальну стегнову вену) до претермінального клапана (знаходиться одразу нижче пригирлових гілок); 3) сегмент загальної стегнової вени від надсафенного клапана (першого клапана вище впадіння ВПВ) до підсафенного клапана (перший клапан нижче від її гирла); 4) гирл пригирлових гілок ВПВ з їх термінальними клапанами [2,5].

Мета дослідження: покращити результати лікування пацієнтів з ВХ нижніх кінцівок на основі вивчення особливостей будови, аномалій розвитку та патологічних змін ССЗ.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 463 хворих (321 жінку і 142 чоловіків) з ВХ на 533 нижніх кінцівках. Середній вік хворих – 51,9 року (від 15 до 83 років). За критерієм «С» класифікації CEAP, на 53 нижніх кінцівках (9,9%) реєстрували ступінь С2, на 192 (36,0%) – С3, на 235 (44,1%) – С4, на 39 (7,3%) – С5 і на 14 (2,7%) – С6. На 180 кінцівках (33,8%) ВХ була ускладнена гострим варикотромбофлебітом.

Усім хворим було проведено ультразвукове тріплексне сканування венозної системи ураженої нижньої кінцівки (апарат „GE Logiq 500 PRO”, США) з детальним картуванням патологічних венозних рефлюксів та особливостей будови венозної системи. Зокрема, вивчалися особливості будови, аномалії розвитку та патологічні зміни ССЗ. Після проведеного обстеження хворим виконувалися оперативні втручання з ліквідацією всіх виявлених патологічних рефлюксів та інтраопераційним підтвердженням особливостей ССЗ.

Статистична обробка результатів роботи проводилася шляхом обчислення відносних величин та їх похибок за загально визначеними методами.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед усіх обстежених кінцівок з ВХ сафено-феморальний рефлюкс (тобто рефлюкс на термінальному клапані ВПВ)

виявлено у 414 (77,7%) випадках, а його відсутність – у 119 (22,3%). При відсутності сафено-феморального рефлюкса на сегментах стовбура ВПВ реєструвався у 77 випадках (14,4%).

На нижніх кінцівках з відсутністю сафено-феморального рефлюкса в жодному випадку не було виявлено аплазії ділянки ВПВ між термінальним і претермінальним клапанами, але у 2 випадках (0,4%) була виявлена її гіпоплазія (діаметр до 2 мм). Гіпоплазія цієї ділянки ВПВ була виявлена і на одній кінцівці (0,2%) з наявним сафено-феморальним рефлюксом. Очевидно, це було зумовлено поєднаною вродженою патологією: гіпоплазією сегмента вени та агенезією її термінального клапана [1].

Серед тих нижніх кінцівок, на яких спостерігався рефлюкс на термінальному клапані ВПВ, претермінальний клапан не був уражений у 26 випадках, а ще у 8 випадках рефлюкс на ньому мав межове значення – 0,5 с. На таких кінцівках (а це 6,4% випадків) основний шлях поширення рефлюкса з термінального клапана ВПВ проходив не через її претермінальний клапан на стовбур, а через термінальні клапани її пригирлових гілок на немагістральні підшкірні вени. В таких випадках візуалізувалася різко варикозно розширена одна з пригирлових гілок ВПВ, а основний стовбур ВПВ нижче претермінального клапана не був розширений. У 19 випадках (3,5%) це була передня додаткова ВПВ, у 7 випадках (1,3%) – поверхнева додаткова ВПВ, у 4 (0,8%) – задня додаткова ВПВ, у 2 (0,4%) – поверхнева вена, що огинає клубову кістку, і ще у 2 (0,4%) – поверхнева надчеревна вена.

При наявності сафено-феморального рефлюкса нерідко спостерігалася розширення сегменту ВПВ між термінальним і претермінальним клапанами, яке відповідало визначенню «аневризми». Згідно з сучасною міжнародною міждисциплінарною термінологією, аневризма – це локальне розширення сегмента вени більше 50% від нормального [5]. Оскільки пригирлова ділянка ВПВ в нормі має 4-6 мм в діаметрі, то будь-яке її локальне розширення більше 9 мм в діаметрі можна вважати аневризмою. Разом з тим, іноді пригирлові аневризми ВПВ сягають дуже великих розмірів. Зокрема, аневризми пригирлової ділянки цієї вени з діаметром 4 і більше см нами були виявлені на 4 кінцівках (0,8%).

Патологічний рефлюкс у ССЗ може виникати не лише через термінальний клапан ВПВ, але й через неспроможні пахові пронизні вени, які сполучають загальну стегнову вену чи її гілки з ділянкою ВПВ між термінальним і претермінальним клапанами. Такі пронизні вени були виявлені нами на 3 нижніх кінцівках (0,6%).

Накінець, зустрічаються також подвоєння стовбура ВПВ одразу дистальніше термінального клапана. Тоді ССЗ має один термінальний, але 2 претермінальних клапани. Така аномалія спостерігалася нами на 4 нижніх кінцівках (0,8%).

Тут слід відзначити, що в паховій ділянці у загальну стегнову вену, крім великої підшкірної, можуть впадати й інші підшкірні вени, на термінальних клапанах яких може бути патологічний рефлюкс без ураження термінального клапана ВПВ. Зокрема, у 5 пацієнтів (1,0%) нами виявлена аномальна латеральна підшкірна вена і у 1-го (0,2%) – окреме впадіння у загальну стегнову вену поверхневої вени, що огинає клубову кістку.

Таким чином, загалом аномалії розвитку, нестандартні варіанти будови ССЗ та нетипові патологічні зміни були виявлені нами на 54 нижніх кінцівках (10,1%).

До наших днів «золотим стандартом» ліквідації остіального рефлюкса на ВПВ вважалася операція «перев'язка у гирлі і перетин великої підшкірної вени з усіма притоками» (кроссектомія)

[3]. З розвитком мініінвазивних методів лікування ВХ доцільність виконання цієї операції частиною авторів ставиться під сумнів. Зокрема, пропонується виконання ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) ВПВ з підведенням лазерного світловоду до ССЗ без застосування кросектомії [4]. Не заперечуючи можливість використання такого методу лікування у частини пацієнтів, зауважимо, що, згідно з інструкціями до апаратів для ЕВЛК, світловод не можна наближати до загальної стегнової вени ближче, ніж за 2-3 см, у зв'язку з ризиком її тромбозу. А таким чином, при використанні ЕВЛК без ризику для пацієнта залишаються 2-3 см пригирлової ділянки ВПВ, не охоплені дією лазерного випромінювання. А 2-3 см – це якраз і є сегмент ВПВ від термінального до претермінального клапанів – основна частина ССЗ. Проведені ж нами дослідження показали, що на 77,7% нижніх кінцівок з ВХ наявний патологічний рефлюкс через термінальний клапан ВПВ. У таких випадках ЕВЛК не ліквідує неспроможність термінального клапана ВПВ. Якщо при цьому термінальні клапани пригирлових гілок ВПВ не уражені, то патологічний рефлюкс не буде поширюватися дистальніше сафено-фemorального з'єднання, але венозний тиск на ці клапани буде значно вищим, ніж у нормі. А отже, ризик виникнення рецидиву варикозного синдрому в таких випадках вкрай високий. Це підтверджується тим, що на 6,4% кінцівок претермінальний клапан ВПВ не був уражений, а рефлюкс з термінального клапана поширювався на пригирлові гілки, зокрема у 0,4% випадків – на найпроксимальнішу гілку - поверхневу надчеревну вену, яку ЕВЛК взагалі ніколи не зачіпає. Сумнівною є ефективність ЕВЛК також при виражених аневризматичних розширеннях пригирлової ділянки ВПВ, її подвоєннях та при неспроможності пахових пронизних вен. Не доцільна ЕВЛК і при ураженні аномальної латеральної підшкірної вени та при варикозному розширенні підшкірних вен, які впадають у загальну стегнову вену в паху окремо від ВПВ. Це обов'язково слід враховувати при виборі тактики лікування, і у всіх вищевказаних випадках імовірність і доцільність застосування ЕВЛК замість кросектомії є вкрай сумнівними. І лише при наявності рефлюкса на певному сегменті стовбура ВПВ без сафено-фemorального рефлюкса ЕВЛК, без сумніву, є операцією вибору. Але частота таких випадків, згідно з нашим дослідженням становить лише 14,4%.

Висновки

1. ССЗ – це складна анатомічна структура з численними варіантами будови та імовірністю виникнення значної кількості різноманітних шляхів поширення патологічних венозних рефлюксів.
2. Особливості будови ССЗ та шляхи поширення чи відсутність патологічних венозних рефлюксів через цю анатомічну структуру повинні визначати хірургічну тактику при лікуванні пацієнтів з ВХ.

УДК 616.27+616-089

Сніжко С.С., Шевчук І.М., Шевчук М.Г.

Хірургічне лікування хворих з гострим медіастинітом

Кафедра хірургії № 2 (зав. каф. - проф. І.М.Шевчук)

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 54 хворих із гострим медіастинітом. Серед інструментальних методів обстеження найбільш інформативною є комп'ютерна томографія. Доказано, що застосування раннього хірургічного втручання супроводжується най-

Перспективи подальших досліджень

Планується вивчення особливостей будови, аномалій розвитку та патологічних змін сафено-поплітеального з'єднання.

Література

1. Гуч А.А., Чернуха Л.М. Варикозная болезнь. Классификация, ультразвуковая диагностика // Клінічна хірургія.-2004.-№ 3.-С.46-51.
2. Сабадош Р.В., Кобза І.І. До питання про впровадження міжнародної номенклатури венозної системи нижніх кінцівок в Україні // Хірургія України.-2012.-№1.-С.16-25.
3. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок.-Київ, 2005.-20 с.
4. Штутин А.А., Свирский Д.М., Розин Ю.А., Кузьменко О.В., Коновалова Е.А., Юркевич Ю.А. Результаты первого года применения 1510 нм лазера в комплексном лечении варикозной болезни // Клінічна флебологія.-2012.-Т.5, №1.-С.134-136.
5. Caggiati A., Bergan J., Glociczki P. et al. Nomenclature of the veins of the lower limb: extensions, refinements, and clinical application // J. Vasc. Surg.-2005.-Vol.41.-P.719-724.

Питюк А.В., Гончар М., Сабадош Р.В., Рыжук М.Д.

Особенности строения, аномалии развития и патологические изменения сафенобедренного соединения у пациентов с варикозной болезнью

Резюме. Патология сафенобедренного соединения (СБС) играет одну из ведущих ролей в развитии варикозной болезни нижних конечностей. На 533 конечностях с ВХ, используя ультразвуковое триплексное сканирование и интраоперационное подтверждение его результатов, изучены особенности строения, аномалии развития и патологические изменения СБС. Установлено, что СБС - это сложная анатомическая структура с многочисленными вариантами строения и вероятностью возникновения значительного количества разнообразных путей распространения патологических венозных рефлюксов. Особенности строения СБС и пути распространения или отсутствие патологических венозных рефлюксов через него должны определять хирургическую тактику при лечении пациентов с ВБ.

Ключевые слова: варикозная болезнь, сафенобедренное соединение.

Pytyuk O.V., Gonchar M.G., Sabadosh R.V., Ryzyuk M.D.

Peculiarities of Structure, Anomalies of Development and Pathological Changes Saphenofemoral and Saphenopopliteal Junctions in Patients with Varicose Disease

Summary. Pathology saphenofemoral junction (SFJ) plays a leading role in the development of varicose veins (VV) of the lower extremities. In 533 limbs with VV, using ultrasound scanning and intraoperative confirm his results, studied structural features, abnormalities and pathological changes in SFJ. Found that SFJ - is a complex anatomical structure with numerous variations of structure and the probability of a large number of different ways of pathological venous reflux. Features of the structure of SFJ and ways of distribution or absence of pathological venous reflux through this anatomical structure to determine the surgical tactics in patients with VV.

Keywords: varicose disease, saphenofemoral junction.

Надійшла 25.06.2012 року.

меншою кількістю ускладнень та створює сприятливі умови для швидкої ліквідації сепсису і виздоровлення хворих.

Ключові слова: гострий медіастиніт, симптоматика, хірургічне лікування.