

УДК 618.839-089.87

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОЙ МИНИИНВАЗИВНОЙ ПОЯСНИЧНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ ИЗ ЗАБРЮШИННОГО ДОСТУПА

Карабелеш Е.Е., Селищев В.В., Свиридов В.А., Вацуро М.Ф.

Городское отделение хирургии сосудов клинической больницы Суворовского района г. Херсон.

УкрНИИ медицины транспорта — филиал в г. Херсоне

Впервые поступила в редакцию 20.06.2007 г. Рекомендована к печати на заседании ученого совета НИИ медицины транспорта (протокол № 5 от 05.10.2007 г.).

Введение

Впервые поясничная симпатэктомия (ПСЭ), как метод хирургического лечения облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей (ОЗСНК) была предложена в 1926 г. *Диецом*. С тех пор операция приобрела широкое распространение, особенно у пациентов с дистальными формами ОЗСНК, у которых выполнение реконструктивных операций невозможно или еще не показана. Основные эффекты операции заключаются в улучшении кожного кровотока, открытии артериовенозных шунтов, кратковременном улучшении кровоснабжения мышц голени. Это позволяет купировать или значительно уменьшить болевой синдром, локализовать очаги некрозов, произвести малые ампутации в пределах стопы.

Выполнение ПСЭ возможно из двух основных доступов – трансперитонеального и ретроперитонеального в различных модификациях (*Diez, Adson and Brown, Leriche, Takats,*) [7]. Традиционный забрюшинный доступ по *Rob*, наиболее часто используемый для выполнения ПСЭ имеет ряд недостатков:

Значительная длина кожного разреза и, соответственно, подлежащих мягких тканей, создают условия для инфицирования ран, образования обширных тканевых и забрюшинных гематом.

Манипуляции в забрюшинном пространстве, особенно у тучных пациентов проходят при относительно неудовлетворительной визуализации и без использо-

вания оптики возможны пересечение мочеточника, травма поясничных сосудов и нижней полой вены, аорты.

В послеоперационном периоде – длительная мобилизация пациента из-за выраженного болевого синдрома и необходимость применения больших доз анальгетиков, рефлекторный парез кишечника, необходимость ношения бандажа для профилактики вентральных грыж.

Послеоперационная летальность после традиционной открытой ПСЭ, по данным *Кохан Е.П.* и соавт., составляет 0,65 %, послеоперационные осложнения – 9,7 % [2]. Продолжительность открытых традиционных операций по данным *Шаловальянц С.Г.* и соавтр. составляет 20-65 мин. Средняя продолжительность – 43 мин. Средний срок пребывания в стационаре составляет 7-14 суток [3]. Высокий травматизм операции, длительность пребывания пациента на стационарном лечении, продолжительный период реабилитации и связанные с этим значительные экономические потери обусловили разработку и внедрение новых малотравматичных и косметичных методик выполнения ПСЭ с использованием эндоскопической техники. Совершенствование старых и поиск новых путей снижения травматичности и продолжительности операции активно продолжается и в настоящее время.

Цель исследования

Усовершенствовать и внедрить в практическую работу отделения хирургии сосудов методику миниинвазивной пояс-

ничной симпатэктомии с целью лечения пациентов с ОЗСНК.

Материалы и методы

В основу исследования положены результаты хирургического лечения 23 пациентов с ОЗСНК, находившихся на лечении в отделении хирургии сосудов, которым в течение 2005 первого полугодия 2006г. выполнены 24 миниинвазивных поясничных симпатэктомий (МПСЭ). Пациентов мужского пола было 20, женского 3. Возраст на момент госпитализации находился в пределах 30 - 68 лет (средний возраст - 40,2 года). Причинами ОЗСНК в 19 случаях был облитерирующий атеросклероз, в 3-х случаях – эндартериит, диабетическая макроангиопатия и постэмболическая окклюзия - по одному случаю. По степени ишемии нижних конечностей (согласно классификации Фонтейна) больные распределились следующим образом: II степень – 7 случаев, III – 7 и IV – 10 случаев. Причиной развития ишемии нижних конечностей в 14 случаях была окклюзия артерий голени, в 6-ти – окклюзия бедренно-подколенного сегмента, окклюзия поверхностной бедренной артерии – 2 случая, окклюзия общей бедренной артерии – один, сочетанное поражение артерий голени, подколенной и поверхностной бедренной артерии - также один случай. У шести пациентов выявлена сочетанная патология – ИБС (2), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (1), ожирение 2 степени (2) и ожирение 3 степени (1). Выполнялись как лево- (11), так и правосторонние симпатэктомии (13). У одной пациентки одномоментно выполнена двусторонняя МПСЭ.

Все операции выполнены под нейролептоанальгезией с искусственной вентиляцией легких. Методика оперативного вмешательства состояла в послойном рассечении в латеральной области живота кожи и подкожной клетчатки передней брюшной стенки до 5-7 см. Далее по волокнам рассекается апоневроз наружной косой мышцы, волокна внутренней косой и поперечной мышц раз-

двигаются, а не рассекаются. После отслоения брюшинного мешка в верхнемедиальном направлении визуализируется аорта (слева) или нижняя полая вена (справа). В рану вводятся узкие гинекологические крючки. Через отдельный прокол передней брюшной стенки при помощи 10 мм троакара в забрюшинное пространство вводилась оптическая система локального освещения (10 мм эндоскоп). Верифицировали симпатический ствол между большой поясничной мышцей и позвоночным столбом (справа необходимо отвести стенку нижней полой вены). Эндоскопическим диссектором захватывали четвертый поясничный симпатический узел и мобилизовали его (путем диатермической диссекции при помощи эндоскопического крючка-электрода), отделяя от мелких соединительных ветвей, по направлению к третьему узлу. Далее мобилизовали третий поясничный симпатический узел, который удаляли единым блоком вместе с четвертым узлом. После гемостаза диатермокоагуляцией рану ушивали послойно. Дренаж применяли у тучных больных и получавших антикоагулянты.

Полученные результаты и их обсуждение

Как показали результаты исследования, выполнить МПСЭ по описанной выше методике удалось в 23 случаях, даже у пациентов с избыточной массой тела. Использование эндоскопического инструментария и специального освещения позволило в большинстве случаев идентифицировать и выделить поясничные симпатические узлы в условиях узкого, достаточно длинного хирургического доступа и ограниченного операционного поля. В одном случае вследствие ятрогенного ранения поясничной вены, при выполнении правосторонней МПСЭ, операция была завершена из традиционного широкого забрюшинного доступа по Rob. При ревизии было выявлено краевое термическое повреждение поясничной вены, которая в последующем была перевязана. В двух случаях третий и чет-

вертый поясничные симпатические узлы имели вид тонкой симпатической пластинки, которая была распластана по позвоночнику и интимно связана с ним. Это не позволило во время операции захватить узлы эндоскопическим диссектором или зажимом и провести их адекватную мобилизацию. У этих пациентов была выполнена диатермокоагуляция симпатических узлов без их удаления. В послеоперационном периоде в течении 2-3 дней назначались ненаркотические анальгетики и сухие повязки, после чего на 3-4 сутки пациенты могли быть выписаны на амбулаторное долечивание. Миниинвазивный доступ операции позволил нам полностью отказаться от длительной профилактической антибактериальной и противовоспалительной терапии – преимущественно проводилось однократное введение суточной дозы антибиотиков. Осложнений в послеоперационном периоде и летальности не было. Среднее время пребывания пациента на стационарном лечении составило 4,4 дня. При изучении непосредственного эффекта положительный результат МПСЭ был получен в 24-х случаях. Клинически эффект операции выражался в субъективном и объективном снижении интенсивности проявлений ишемии нижних конечностей, увеличении плече-лодыжечного индекса.

Из недостатков метода следует отметить невозможность полноценной пальцевой ревизии и определить характеристику стенки аорты и подвздошных артерий.

Таким образом, МПСЭ не уступая по своей эффективности операциям, выполняемым из традиционных открытых доступов, обладает рядом несомненных преимуществ: ранняя активизация пациентов, невыраженный болевой синдром в области послеоперационной раны, значительное снижение количества назначаемых в послеоперационном периоде анальгетиков, отсутствие необходимости в длительном назначении профилактических доз антибиотиков и нестероидных

противовоспалительных препаратов. Также благодаря миниинвазивности достигается быстрая послеоперационная реабилитация пациентов и хороший косметический эффект.

Выводы

1. МПСЭ обладает рядом существенных преимуществ по сравнению с открытой операцией: малая травматичность, умеренный болевой синдром, минимальный объем медикаментозного сопровождения операции, быстрая профессиональная реабилитация и хороший косметический эффект.
2. Внедрение усовершенствованной методики МПСЭ позволило снизить частоту послеоперационных осложнений, существенно сократить сроки стационарного лечения и улучшить косметический эффект операции.
3. Миниинвазивные методы выполнения поясничной симпатэктомии являются методами выбора у пациентов, которым показана десимпатизация нижних конечностей.

Литература

1. Савельев В.С., Кошкин В.М. Критическая ишемия нижних конечностей. М: Медицина 1997.
2. Кохан Е.П., Пинчук О.В., Кохан В.Е. Поясничная симпатэктомия при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей и возраст пациентов // Хирургия.-2000.-№11.- С.41-43.
3. Шаповальянц С.Г., Кипиани Т.Г., Абрамов И.С. Видеоэндоскопический метод поясничной симпатэктомии // Эндоскопическая хирургия.-1999.- №5.С.11-14.
4. Lacroix H. Et al. Technique and early results of videoscopic lumbar sympathectomy. Acta Chir Belg 1996;96:1:11-14.
5. Lee B.Y., Madden Y.J., Thoden W.R. et

- al. Lumbar sympathectomy for toe gangrene. Long –term follow up. Am J Surg 1983;145:398-401.
6. Heberer G., Rau G., Lohr H. Aorta und Arterien. Berlin, Heidelberg, New York 1966; 398.
7. Wattanasirichaigoon S., Ngaorungsri U. et al. Laparoscopic transperitoneal lumbar sympathectomy: new approach. J Med Assoc Thai 1997;80:5:275-281.

Резюме

ДОСВІД КОМБІНОВАНОЇ МІНІІНВАЗИВНОЇ ПОПЕРЕКОВОЇ СИМПАТЕКТОМІЇ ІЗ ЗАЧЕРЕВНОГО ДОСТУПУ

*Карабелеш Є.Є., Селищев В.В.,
Свиридов В.А., Вацуро М.Ф.*

Удосконалити і упровадити в практичну роботу відділення хірургії судин методику мініінвазивної поперекової симпатектомії з метою лікування пацієнтів з ОЗСНК. В основу дослідження встановлені результати хірургічного лікування 23 пацієнтів з ОЗСНК, яким протягом 2005 - першого півріччя 2006 р. виконані 24 мініінвазивних поперекових симпатектомій (МПСЕ). Пацієнтів чоловічої статі було 20, жіночої - 3. Причинами ОЗСНК в 19 випадках був облітеруючий атеросклероз, в 3-х випадках – ендартеріїт, діабетична макроангіопатія і постемболічна оклюзія - по одному випадку. По ступеню ішемії н/к (згідно класифікації Фонтейна) хворі розподілилися таким чином: II ступінь – 7 випадків, III – 7 і IV – 10 випадків.

МПСЕ має ряд істотних переваг в порівнянні з відкритою операцією: мала травматичність, помірний больовий синдром, мінімальний об'єм медикаментозного супроводу операції, швидка професійна реабілітація і хороший косметичний

ефект. Упровадження вдосконаленої методики МПСЕ дозволило понизити частоту післяопераційних ускладнень, істотно скоротити терміни стаціонарного лікування і поліпшити косметичний ефект операції.

Summary

AN EXPERIENCE OF COMBINED MINI- INVASIVE LUMBAR SYMPATHECTOMY FROM RETROPERITONEAL ACCESS

*Karabelesh E.E., Seletshev V.V.,
Sviridov V.A., Vatsuro M.F.*

To perfect and inculcate in practice of vascular surgery units the method of mini-invasive lumbar sympatectomia in the treatment of the patients with acute diseases of low limbs vessels (ADLLV).

The results of surgical treatment of 23 patients (3 female, 20 male) with ADLLV constituted an object of the research presented. They have performed 24 mini-invasive lumbar sympathectomies (MILS). The ADLLV reasons in 19 cases was obliterating atherosclerosis, in 3 cases - endarteritis, diabetic macroangiopathy and postembolic occlusion - in one case. According to the degree of low limbs ischemia (Fonteyn's classification) the patients were distributed as follows: the II-nd degree — 7 cases, the III-rd — 7 and IV-th — 10 cases. MILS possesses a number of substantial advantages as compared to the open operation: small traumatism, moderate pain syndrome, minimum volume of medicinal accompaniment of operation, quick occupational rehabilitation and a nice cosmetic effect. Introduction of the improved method of MILS allowed to reduce frequency of after-operative complications, substantially reduce the terms of in-patient medical treatment and improve the cosmetic effect of operation.