

## ЛИТЕРАТУРА

1. Задорожный А. А., Туп В. Г., Лохатюк А. С. // В кн.: Хирургия перитонита. Ультразвук в хирургии. Тезисы докладов. — Омск, 1986.
2. Захаров С. Н., Святич Ю. М., Баскаков В. А. и др. // Хирургия. — 1982. — № 4. — С. 60—62.
3. Я. Я. Кальф-Калиф // Врач. дело. — 1941. — № 1. — С. 12—14.
4. Комаров Б. Д., Богницкая Т. Н., Уман-

- ская В. В. // В кн.: Гнойный перитонит. — М., 1979.
5. Путов Н. В., Мелехов Е. В. // Хирургия. — 1981. — № 5. — С. 10—14.
6. Сухорук В. П., Захарцева Т. П. // Клин. хир. — 1982. — № 1. — С. 20—22.
7. Шуркалин Б. К., Кригер А. Г., Линденберг А. А., Мехтиев Р. И. // Хирургия. — 1987. — № 1. — С. 87—90.

Поступила 02.09.87

УДК 617.584—002.44—02:616.14—007.64—089:616.147.37—089.87

## ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЗАДНИХ БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ ВЕН ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

И. М. Игнатьев

*Кафедра хирургических болезней лечебного факультета (зав.— проф. И. А. Салихов) Казанского медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница (главврач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР*

Среди резекций реканализованных глубоких вен наибольшее распространение получила дистальная резекция задних большеберцовых вен [2, 4, 6]. Особая роль в развитии декомпенсации венозного оттока при посттромботической болезни принадлежит дисфункции мышечно-венозной «помпы» голени [5, 7, 8]. Степень нарушения ее дренажной функции коррелирует с выраженностью трофических расстройств в кожных покровах нижних конечностей [1, 3]. Оправдано стремление к максимальной оперативной коррекции основных функциональных «узлов» мышечно-венозной «помпы», одним из которых является дистальный отдел задних большеберцовых вен [5, 8].

Операция разобщения глубокой и поверхностной венозных систем, наиболее широко применяющаяся при лечении посттромботической болезни, устраняет патологический рефлекс в поверхностные вены и в известной степени восстанавливает герметичность мышечно-венозной «помпы». Однако при реканализации задних большеберцовых вен, играющих основную роль в оттоке с периферии, динамическая венозная гипертензия распространяется через вены стопы в поверхностные ткани стопы и нижней трети голени, то есть после операции разобщения двух венозных систем сохраняются условия для трофических расстройств в этих областях [5, 6, 7]. Дистальная резекция задних большеберцовых вен ликвидирует ретроградный рефлюкс в вены стопы и способствует улучшению дренажной функции мышечно-венозной «помпы» голени, так как обеспечивается централизация кровотока [2]. Современные технические аспекты выполнения данной операции изложены в работе Г. Д. Константиновой и соавт. [6].

Дистальная резекция задних большеберцовых вен выполнена нами с 1985 г. у 27 боль-

ных посттромботической болезнью. Этой операцией мы дополнили субфасциальную перевязку перфорантных вен голени (СППВ) в тотально-субтотальном объеме у 25 больных; кроме того, у 4 из них были удалены патологически измененные поверхностные вены. Изолированная дистальная резекция произведена у 3 пациентов, перенесших ранее СППВ. Применяли модифицированный доступ Фельдера — разрез по заднемедиальной поверхности голени на 3—6 см медиальнее срединной линии, огибающий снизу медиальную лодыжку, проходящий обычно вне зоны максимальных трофических расстройств. Резецировали 8—12 см задних большеберцовых вен, начиная от края икроножной мышцы до уровня медиальной лодыжки.

Больные были прооперированы во II и III стадиях болезни. Всем им были проведены флебографические исследования с использованием антеградных и ретроградных методов, на основании которых оценивали характер патологических изменений в системе нижней полой вены в целом и состояние задних большеберцовых вен в частности (в сомнительных случаях всегда выполняли интраоперационную ревизию этих вен). У 81,8% больных была тотальная реканализация глубоких магистральных вен, у остальных — смешанный характер поражения, то есть сочетание окклюзии и реканализации. Изолированное поражение глубоких вен голени выявлено у 3 пациентов.

Состояние венозной гемодинамики у больных посттромботической болезнью оценивали методами функциональной динамической флебоманометрии, венозной окклюзионной реоплетизмографии. Достоточно информативна в определении проходимости задних большеберцовых вен позади медиальной лодыжки ультразвуковая доплерография, особенно при использо-

вании теста с проксимальной компрессией голени.

Для оценки дренажной функции мышечно-венозной «помпы» голени до и после дистальной резекции задних большеберцовых вен применяли функциональную динамическую флебоманометрию. Венозное давление измеряли с помощью тонкого катетера, введенного в вену тыла стопы, в положении больного лежа, стоя в покое и при выполнении приема Вальсальвы, ходьбе на месте в течение 20 с. Регистрацию производили на электроманометрах «Биомонитор-301» (ГДР), ЕМТ-311 (Швеция) с записью кривых на «Мингографе-34». Рассчитывали общепринятые параметры флебоманометрии.

На основании функциональной динамической флебоманометрии мы установили, что при изолированном поражении глубоких вен голени, особенно в случаях эктазии реканализованных задних большеберцовых вен, после их дистальной резекции значительно улучшалась дренажная функция мышечно-венозной «помпы». Это проявлялось в более выраженном уменьшении систолического и диастолического давления, систолидиастолического градиента в конце ходьбы, увеличении времени возврата давления в конце ходьбы к исходному (рис. 1). При распространенных поражениях глубоких вен дистальная резекция приводила к существенному и достоверному уменьшению систолической гипертензии в венах стопы, менее выраженному повышению давления в них при выполнении приема Вальсальвы. Остальные параметры флебоманометрии не изменялись (рис. 2).

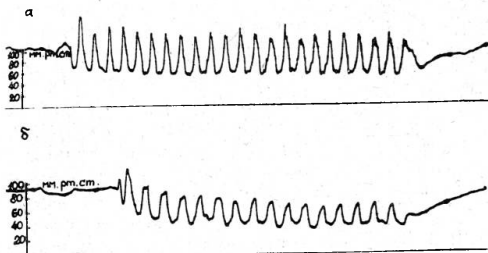


Рис. 1. Кривые флебоманометрии больной с изолированным поражением глубоких вен голени и эктазией задних большеберцовых вен: а — до операции, б — после операции.

Оценка венозной гемодинамики с помощью динамической флебоманометрии произведена у 12 больных посттромботической болезнью до и после операций разобщения поверхностной и глубокой венозных систем без дистальной резекции задних большеберцовых вен. Установлено, что нарушения гемодинамики в глубоких венах после этих операций полностью сохраняются.

Послеоперационных осложнений не было. Отдаленные результаты прослежены в сроки до 2 лет. Рецидив трофической язвы был

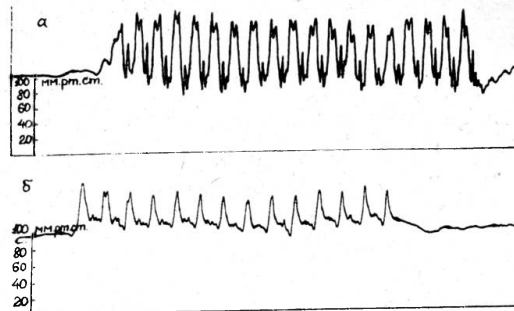


Рис. 2. Кривые флебоманометрии больного со смешанной формой поражения глубоких вен конечности, реканализацией задних большеберцовых вен: а — до операции, б — после операции.

у одного больного с синдромом нижней полой вены.

## ВЫВОДЫ

1. На основании клинических результатов и данных функциональной флебоманометрии дистальную резекцию реканализованных задних большеберцовых вен следует считать патогенетически обоснованной, приводящей к существенной коррекции венозной гемодинамики в глубоких венах голени, улучшению дренажной функции ее мышечно-венозной «помпы».

2. Показанием к операции служит полная реканализация задних большеберцовых вен, особенно при их эктазии, то есть в тех случаях, когда патологический ретроградный рефлюкс по ним гемодинамически наиболее значительный. Дистальная резекция задних большеберцовых вен является при этом необходимым дополнением субфасциальной перевязки перфорантных вен голени.

3. При сохранении состоятельных клапанов в задних большеберцовых венах целесообразно профилактическое экстравазальное укрепление их каркасными спиралями малых диаметров.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аннаев А. А. // Хирургическое лечение посттромботической болезни нижних конечностей. — Автореф. докт. дисс. — М., 1984.
2. Веденский А. Н. // Посттромботическая болезнь. — Л., Медицина, 1986.
3. Жуков Е. А. // Операция разобщения поверхностной и глубокой венозных систем нижних конечностей в лечении больных посттромботической болезнью. — Автореф. канд. дисс. — М., 1981.
4. Клемент А. А., Веденский А. Н. // Хирургическое лечение заболеланий вен конечностей. — Л., Медицина, 1976.
5. Константинова Г. Д., Василенко Ю. В. // Хирургия. — 1985. — № 6. — С. 56—59.
6. Константинова Г. Д., Василенко Ю. В. // Хирургия. — 1986. — № 5. — С. 119—121.

УДК 616.89—008.441.13 + 616.71—002.27

## О СМЕШАННОЙ ФОРМЕ ПАТОЛОГИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ И ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Д. Г. Еникеев, Н. А. Бохан

Кафедра психиатрии и наркологии (зав.— проф. Д. Г. Еникеев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Известно, что биологическая почва накладывает отпечаток на характер течения болезни, обуславливая появление сложных, смешанных форм патологии [1, 2]. При системно-структурном анализе алкогольной патологии неврологическая отягощенность выделяется как значительный predisponирующий фактор для неблагоприятного развития алкоголизма [3]. При исследованиях особенностей клиники алкоголизма у больных с неврологической отягощенностью рассматривают преимущественно травматическое, реже сосудистое поражение головного мозга [4, 5, 6], при этом преморбидную неполноценность головного мозга оценивают суммарно, без учета топики имеющих поражения и соотношения к ним синдромо-таксиса алкоголизма. Поскольку в клиническом формообразовании алкоголизма роль различных отделов головного мозга неодинакова, актуально изучение таких неврологических заболеваний, при которых поражаются церебральные структуры, участвующие в центральных патогенетических механизмах алкоголизма, а также тех, что изменяют доболезненное состояние периферических нервно-сосудистых структур, наиболее часто страдающих при алкоголизме. Сочетанное поражение преморбидно значимых для клиники алкоголизма центральных и периферических нервных структур наблюдается при синдроме позвоночной артерии и цервикобрахиальгическом синдроме, обусловленных шейным остеохондрозом. При синдроме позвоночной артерии, кроме гипоталамической области, ответственной за патогенетическое синдромообразование при алкоголизме, страдает кровоснабжение отделов головного мозга, участвующих в клиническом оформлении основных проявлений алкоголизма, в частности ствола мозга, мозжечка, внутреннего уха, затылочных долей, медиабазальных отделов височных долей. Цервикобрахиальгический синдром сопровождается поражением нервно-сосудистых пучков, которые также часто повреждаются при развитии алкогольных полинейропатических расстройств на верхних конечностях.

Задачей настоящего исследования являлось изучение клинических особенностей

алкоголизма у больных с преморбидной и сопутствующей неполноценностью указанных структур при синдроме позвоночной артерии и цервикобрахиальгическом синдроме, обусловленных шейным остеохондрозом. С этой целью было проведено клинико-психопатологическое, вертеброневрологическое, рентгенологическое и электрофизиологическое (ЭМГ, РЭГ) обследование 45 больных алкоголизмом, сочетавшимся с синдромом позвоночной артерии (в 100%) и цервикобрахиальгическими синдромами (в 78%) при шейном остеохондрозе.

Основную группу составили 28 мужчин и 17 женщин в возрасте от 24 до 58 лет. Из них 74% пациентов были в возрасте от 46 до 58 лет. Из 45 больных у 3 диагностирован переход I стадии алкоголизма во II, у 3—II стадии в III; у остальных была II стадия заболевания. Давность алкоголизма к моменту обследования составляла от 3 до 28 лет, в среднем 8—12 лет. 12 человек перенесли алкогольные психозы: делирий (79,5%) и галлюциноз (20,5%). В контрольную группу вошли 27 мужчин и 15 женщин в возрасте от 35 до 58 лет, страдавшие II стадией алкоголизма, но без шейного остеохондроза.

Синдром позвоночной артерии у больных основной группы был представлен гемикраниальгическими пароксизмами в сочетании с кохлеовестибулярными, зрительными и вегетососудистыми (в том числе гипоталамического генеза) нарушениями. Цервикобрахиальгической синдром выражался цервикобрахиальгией, преимущественно ее нейродистрофической формой. В 24,6% случаев обнаружены алкогольные полинейропатические расстройства на верхних конечностях у больных с цервикобрахиальгией.

При сравнительном анализе результатов выделены различия по таким диагностическим критериям, как характер и возрастные рамки первого алкогольного опьянения, темп угасания рвотного рефлекса; структура и клиническая динамика патологического влечения к алкоголю; форма злоупотребления алкоголем и характер опьянения; выраженность и структура интеллектуально-мнестических, эмоциональных и личностных расстройств; особенности социально-трудовой дезадапта-