

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Конунова Д.М., Садриев О.Н., 2014
УДК 616.134.4

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ РЕЙНО

Д.М. КОНУНОВА, О.Н. САДРИЕВ

Таджикский государственный медицинский университета имени Абу али ибни Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан

RAYNAUD'S DISEASE: DIAGNOSIS AND TREATMENT

D.M. KONUNOVA, O.N. SADRIEV

Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

В статье анализируются результаты диагностики и хирургического лечения 21 больных с болезнью Рейно. Определен необходимый объем диагностических мероприятий и показаний к проведению селективной шейно-грудной симпатэктомииторакоскопическим способом. В отдаленном периоде положительные результаты отмечались у 90,5% пациентов.

Ключевые слова: болезнь Рейно; шейно-грудная симпатэктомия, результаты.

The article presents results of diagnostic procedures and surgical treatment in 21 patients with Raynaud's disease. We determined indications and a certain amount of diagnostic procedures which are necessary for selective cervical and thoracic thoracoscopic sympathectomy. 90.5% patients had good long-term outcomes.

Keywords: Raynaud's disease, cervical, thoracic sympathectomy, results.

Введение

Частота возникновения хронической ишемии верхних конечностей, по данным литературы, составляет 4,7-5% в структуре всех ишемических состояний конечностей [4, 10]. В 28-35% наблюдений ишемический синдром обусловлен поражением дистальных отделов артериального русла [1]. Наиболее часто нозологической причиной дистальной ишемии верхних конечностей является болезнь Рейно (БР).

В связи с тем, что БР чаще выявляют у пациентов молодого, трудоспособного возраста, несомненна особая актуальность проблемы лечения этой патологии [2, 3, 4].

Клинические наблюдения показывают, что больные часто не получают адекватного лечения в связи с ошибочной и поздней диагностикой причины заболевания [5], что ведет к снижению качества жизни пациентов, а в некоторых случаях – к лишению трудоспособности [6, 7].

Наиболее противоречивыми и спорными в современной литературе по сей день остается вопрос выбора метода лечения болезни Рейно.

Сторонники консервативной терапии считают, что всем пациентам необходимо провести длительные курсы медикаментозной и физиотерапии, а при неэффективности консервативной терапии в течение 1 года потом решить вопрос об хирургическом лечении [7].

Другие авторы считают, что срок медикаментозного лечения в один год слишком велик, а при прогрессирующих трофических расстройствах после первого же неэффективного курса консервативного лечения необходимо ставить вопрос о хирургическом вмешательстве [8, 10].

Но большинство исследователей подтверждают, что только симпатэктомия, направленная на «выключение» нервных волокон, по которым идут патологические импульсы, заставляющие кровеносные сосуды спазмироваться, приводят к излечению или уменьшения клинических проявлений [5, 6, 9]. В связи с этим многие аспекты проблемы диагностики и выбора метода лечения нуждаются в дальнейшем изучении.

Цель исследования

Обобщение результатов диагностики и хирургического лечения пациентов с болезнью Рейно.

Материалы и методы

Работа основано на результатах диагностики и хирургического лечения 21 больных с БР находившиеся в отделения хирургии сосудов РНЦССХ в период с 2003 по 2013 гг. Мужчин было 4 (19,1%), женщин – 17 (80,9%). Возраст больных колебался от 16 до 29 лет, в среднем составляя $22,6 \pm 1,3$ лет. Длительность заболевания варьировала от 1,5 года до 8 лет.

БР I стадии диагностировано у 2 пациентов, II стадии – у 15 (%) и III стадии – у 4 больных.

Диагноз устанавливался на основании клинических проявлений заболевания, результатов проведения холодовой и нитроглицериновой проб, данными ультразвуковой доплерографии и реовазографии.

Ультразвуковая доплерография выполнялась на СД-100 «Вингмед» фирмы «Medata» (Швеция) с преобразователями ультразвуковых колебаний с частотами 5-10 МГц. При этом измерялись линейная импульсная скорость кровотока.

Реовазография проводилась аппаратом фирмы «DIAMANT» (Россия). Перед проведением реовазографии проводилась обязательная адаптация пациентов к температуре окружающей среды, для чего они в течение 15 минут находились в помещении, где проводилась исследование.

Все данные подвергали обработке на ПК в программе MS Excel 2007 с применением методов вариационной статистики. Рассчитывались показатели параметрической описательной статистики (среднее, стандартная ошибка, отклонение). Для сравнения значений в группах использовали критерии t-Стьюдента. Значения различия считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Клинически БР проявлялась пароксизмами вазоспастических рас-

стройств кисти и пальцев особенно усиливающиеся при воздействии низкой температуры.

К частым и ранним симптомам заболевания относились повышенная зябкость пальцев рук, к которой затем присоединяются побледнение концевых фаланг и боли в них, чаще с элементами парестезий. Указанные расстройства имели пароксизмальный характер и по окончании приступа исчезали полностью. Самочувствие больных в межпароксизмальном периоде вполне удовлетворительное. Длительность приступов варьировали от нескольких минут до нескольких часов. Все признаки заболевания, независимо от его стадии, самостоятельно подвергались обратному развитию под влиянием изменений внешней среды (теплая температура).

Характерным у четырех больных были трофические изменения кожи по типу сухого некроза и гангрены дистальных фаланг (рис. 1, 2).

Особого внимания заслуживает рассмотрение факторов, провоцирующих приступы БР. Наиболее общим триггерным фактором возникновения вазоспастических состояний при БР являлся воздействие холодом. Даже в относительно теплую погоду преходящее воздействие мягкой влажности и охлаждения могли привести к приступу БР.

Одним из информативных методов диагностики являлась УЗДГ. В дистальных артериях предплечья регистрировался сниженный магист-

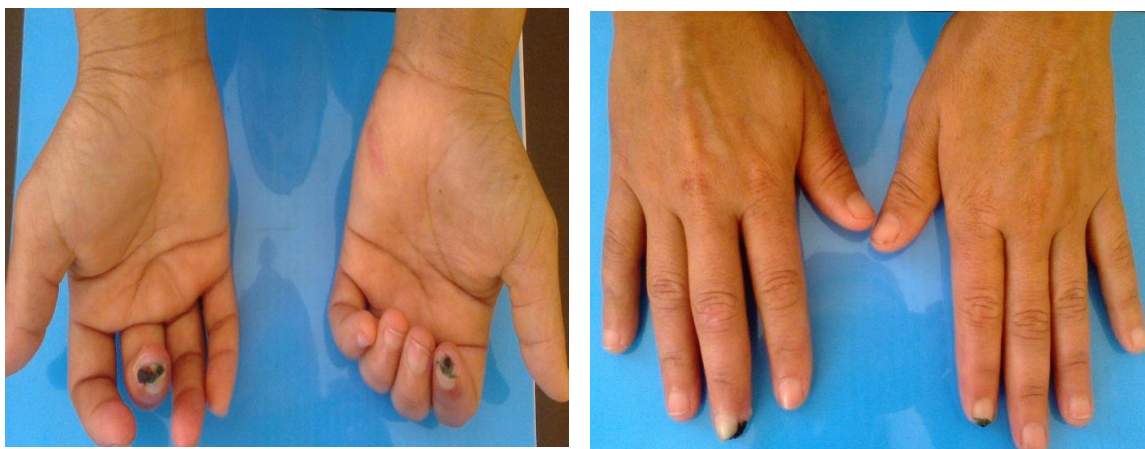


Рис. 1, 2. Трофические нарушения в кончиках 2 пальца левой и 3 пальца правой кисти

ральный кровоток, с линейной скоростью от 15 до 22 см/сек, а в поверхностной пальмарной артериальной дуге от 8 до 12 см/сек, и в пальцевых артериях – 6-8 см/сек.

Как дополнительный метод диагностики и с целью оценки состояния кровообращения в пальцах кисти всем больным до и после операции проводилась реовазография. Значение показателя УдК пальцев кисти до операции на обеих рук колебался в пределах 3,2-3,7 мл/мин./100 гр. ткани и в среднем составил $3,47 \pm 0,41$ мл/мин./100 гр. ткани.

После проведения двухсторонней селективной шейно-грудной сиспатэктомии (n=3) среднее значение УдК на пальцах обеих кистей равнялась $5,95 \pm 0,45$ мл/мин/100 гр. ткани. У больных после проведения СШГС с

право (n=8) среднее значение УдК на пальцах правой кисти равнялась $5,43 \pm 0,38$ мл/мин/100 гр. ткани, а с лево $3,32 \pm 0,25$ мл/мин/100 гр. ткани, т.е. удельный кровоток снижен на 28%.

У больных при проведении операции слева (n=10) среднее значение УдК на пальцах левой кисти $6,01 \pm 0,37$ мл/мин/100 гр. ткани, а на правой кисти $3,29 \pm 0,71$ мл/мин/100 гр. ткани.

Показаниями к выполнению операции были: наличие стойкого болевого синдрома, нарушение трофики пальцев кисти, неэффективность адекватной консервативной терапии и положительные пробы на нитроглицерин.

В связи с травматичностью надключичного доступа, высокими процентами повреждения нервных стволов плечевого сплетения и плевры, высоким уровнем болевого синдрома

симпатэктомия осуществлялась торакоскопическим путем.

Все больные были оперированы в плановом порядке с использованием эндотрахеального наркоза в положении больного на противоположенному боку с отведенной контрлатеральной конечностью. Визуализировали звездчатый узел, резецировали боковые ветви идущие к верхней конечности с оставлением самого звездчатого узла, на последующей мобилизовали и удаляли ThI-II узлы.

В 3 наблюдениях выполнена двусторонняя симпатэктомия, в 8 – правосторонняя, в 10 – левосторонняя.

В послеоперационном периоде у 1 (4,8%) пациента развилась подкожная эмфизема, что потребовало дополнительного дренирования плевральной полости и еще у 1 (4,8%) больного отмечалась нагноение операционной раны, для устранения которого проведены дренирование и антибактериальная терапия.

В послеоперационном периоде всем больным проведена курс стандартной консервативной терапии (ксантиноланикотинат, витамины группы В, диклофенак, нифедипин, аскорбиновая кислота, трентал).

Непосредственные и отдаленные результаты изучены у всех пациентов в сроках от 1 месяца до 3 лет после операции.

Хорошими считали результаты при исчезновении или значительном уменьшении выраженности болевого

синдрома, уменьшении продолжительности и частоты приступов вазоспазма, повышении температуры кожи пальцев кисти; при наличии язв – их очищение и эпителизацию. По данным ультразвуковой доплерографии регистрировали увеличение линейной скорости кровотока (ЛСК) до 70% по сравнению с исходной и уменьшение индекса периферического сопротивления. По результатам реовазографии отмечали увеличение УдК до $5,95 \pm 0,45$ мл/мин/100 гр. ткани и отрицательные холодовые и нитроглицериновые пробы.

Удовлетворительными считали результаты при уменьшении выраженности болевого синдрома, частоты пароксизмов вазоспазма, прекращении прогрессирования трофических расстройств, положительном влиянии ранее неэффективной медикаментозной терапии. По данным доплерографии наблюдали увеличение ЛСК до 30%, снижение ИПС. По результатам реовазографии отмечали увеличение УдК до $5,43 \pm 0,38$ мл/мин/100 гр. ткани и отрицательные холодовые и НГ пробы.

Результаты считали неудовлетворительными при отсутствии положительного эффекта операции, появлении или прогрессировании ранее существовавших признаков заболевания.

Таким образом, хороший результат отмечалась у 16 (76,2%) пациентов; удовлетворительный – у 3 (14,3%) и неудовлетворительный результат у 2 (9,5%) пациентов. Причин негативных

результатов являлся не проведения курсов противорецидивной медикаментозной терапии, либо курсы терапии были случайными и единичными.

Выводы

1. Приведенные данные свидетельствуют об обязательной преемственности в оказании медицинской помощи больным с БР, с широким проведением диагностических проб и инструментальных методов диагностики.

2. Использование эндовидеохирургических технологий при БР позволяют улучшить результаты операции, однако данные вмешательства применимы только в специализированных сосудистых центрах имеющие большой опыт лечения больных с БР.

3. С целью достижения максимального эффекта от операции и профилактики рецидива необходимо больным 2-3 раза в год провести специальный курс противорецидивной терапии.

Литература

1. Отдаленные результаты хирургических вмешательств методом надключичной верхнегрудной симпатэктомии пациентов с критической ишемией верхних конечностей / А.Г. Кайдорин [и др.] // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2002. – № 3. – С. 44-46.

2. Курганский О.В. Верхнегрудная симпатэктомия в лечении ишемии верхних конечностей при

дистальных поражениях артериального русла / О.В. Курганский // Хирургия. – 2006. – № 6. – С. 49-53.

3. Видеоторакоскопическая грудная симпатэктомия при болезни и синдроме Рейно / О.И. Миминошвили [и др.] // Вестн. неотлож. и восстановит. медицины. – 2003. – Т. 4, № 3. – С. 473-475.

4. Петровский Б.В. Хирургия ветвей дуги аорты / Б.В. Петровский, И.А. Беличенко, В.С. Крылов. – М., 1970. – 351 с.

5. Ратнер Г.Л. Классификация феномена Рейно / Г.Л. Ратнер, Г.Е. Слуцкер // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1989. – № 9. – С. 62-63.

6. Clinical experience in 397 consecutive thoracoscopic sympathectomies / K.F. Kwong [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2005. – Vol. 80, № 3. – P. 1063-1066.

7. Lindgren K. Conservative treatment of thoracic outlet syndrome: a 2 – year follow – up / K. Lindgren // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1997. – № 78. – P. 373-378.

8. Lowelle R.S. Thoracoscopic cervicodorsal sympathectomy for Raynaud's symptoms / R.S. Lowelle // Intern. Angiol. – 1993. – Vol. 12, № 2. – P. 168-172.

9. Endoscopic thoracic sympathectomy for Raynaud's phenomenon / Y. Matsumoto [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2002. – Vol. 36, № 1. – P. 57-61.

10. Urschel H.C. The history of surgery for thoracic outlet syndrome /

Н.С. Urschel // Chest. Surg. Clin. N. Am. – 2000. – Vol. 10. – № 1. – P. 183-188.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Конунова Д.М. – аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абу али ибни Сино, г. Душанбе.

E-mail: dilbar_kanunova@mail.ru.

Садриев О.Н. – аспирант кафедры хирургических болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абу али ибни Сино, г. Душанбе.

E-mail: sadriev_o_n@mail.ru.