

П. П. АНАНИКЯН, К. Р. ТАРХАНОВА

РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕН СТОПЫ И НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Наиболее тяжелым осложнением хронической венозной недостаточности является трофическая язва голени, приводящая к ограничению трудоспособности больного и нередко инвалидности. Трофические язвы осложняют варикозную болезнь в 2% случаев [1], а посттромбофлебитический синдром значительно чаще—от 43,7 до 76,3% [2, 3].

Предполагая определенную роль вен стопы в патогенезе трофических расстройств голени, у 82 больных с хронической венозной недостаточностью наряду с флебографическим исследованием вен голени и бедра мы провели также исследование вен стопы. Варикозная болезнь была выявлена у 3 больных, посттромбофлебитический синдром — у 79. Трофические язвы нижней трети голени отмечались у всех исследованных больных варикозной болезнью и у 29 больных с посттромбофлебитическим синдромом.

Методика исследования. Под давлением в 1 атм в подкожную вену тыла стопы у основания I межпальцевого промежутка вводили 20 мл 50% контрастного вещества. Флебограммы нижней конечности производили с помощью рентгеновской установки шведской фирмы «Elema-Schönpander» спустя 2 сек. после окончания введения контрастного вещества. Флебограммы голени и бедра выполняли в передне-задней проекции, а стопы и нижней трети голени—в передне-задней и боковой. До съемки на центр язвы помещали металлическое колечко.

Технические условия съемки: напряжение—66 kV, сила тока—320 мА, экспозиция—0,06 сек., фокусное расстояние—90 см, количество снимков—2.

На флебограммах стопы и нижней трети голени больных варикозной болезнью подкожные вены расширены и извиты, глубокие вены стопы расширены, клапаны частично дифференцированы в одном из 3-х случаев. Контрастируются самые неожиданные анастомозы между венами на стопе и выше уровня голеностопного сустава (рис. 1).

Флебография места локализации язвы в одном случае обнаружила расширенную большую подкожную вену, в 2 случаях вен на дне язвы не оказалось. При этом основной ствол большой подкожной вены как на стопе, так и на нижней трети голени был несколько расширен, располагаясь вне язвы и, начиная со средней трети голени, был варикозно изменен.

Как показал анализ флебограмм больных посттромбофлебитическим синдромом, в 14 случаях из 79, несмотря на тромботическое поражение вен голени и бедра, вены стопы оказались интактными, в 65 случаях вены стопы были также вовлечены в патологический процесс. Причем, ни у

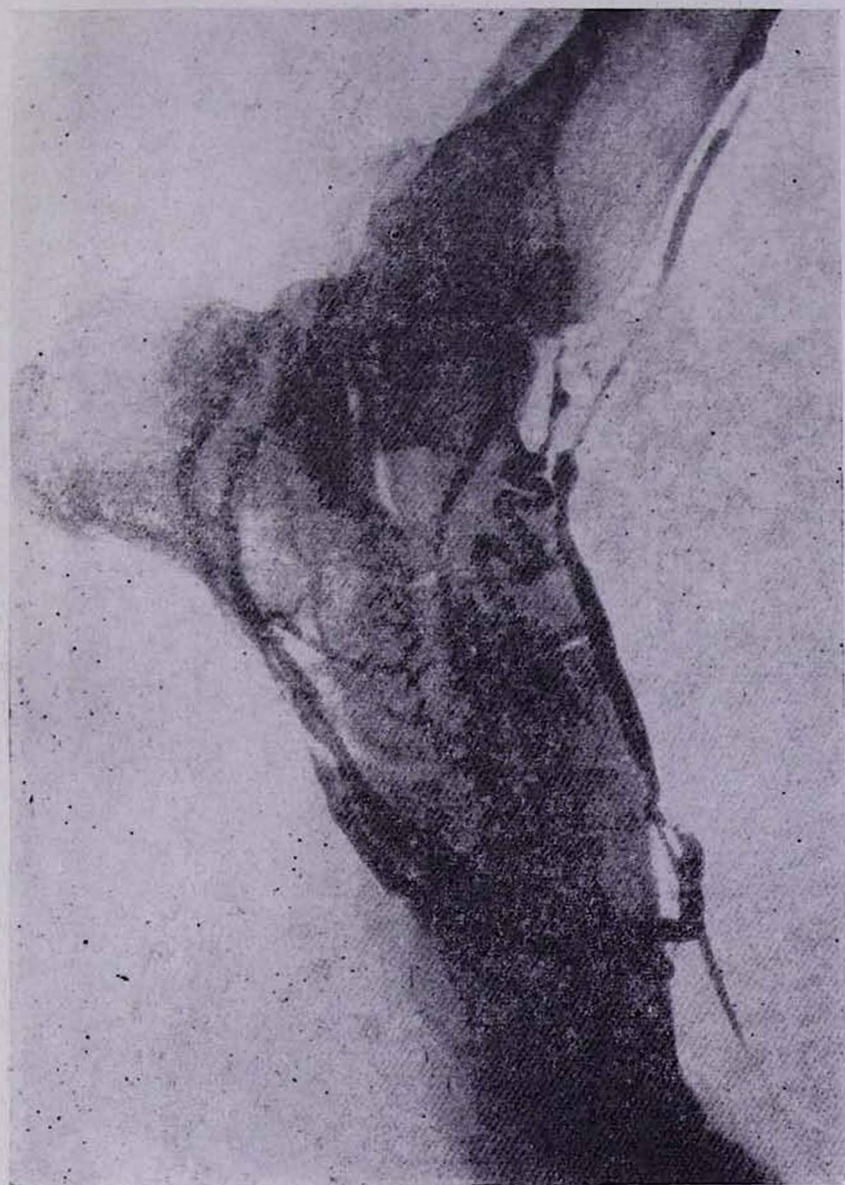


Рис. 1.

одного из 14 больных с интактными венами стопы не наблюдались трофические язвы голени, в то время как у всех 29 больных с посттромбофлебитическими язвами оказались пораженными вены стопы. Следовательно, поражение вен стопы является обязательным условием возникновения посттромбофлебитических язв.

Флебограммы стопы и нижней трети голени больных с посттромбо-

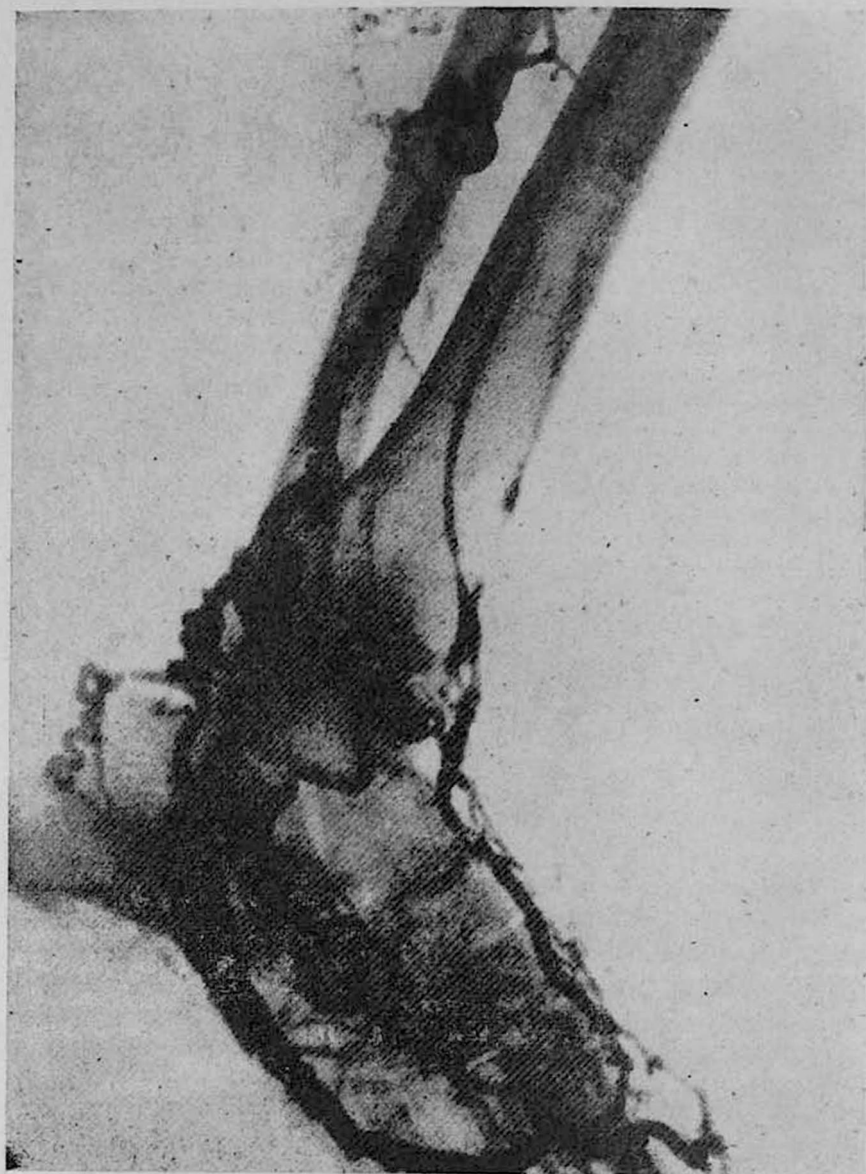


Рис. 2.

флебитическими язвами выявили сочетание таких признаков острого тромбоза, как отсутствие контрастирования вены, симптом «ампутации» с признаками реканализации: вены умеренно извиты, контур их неровны, клапаны не дифференцируются. У больных с длительно существующими рецидивирующими язвами почти все магистральные вены затромбированы, стопа покрыта мелкой сетью венозных коллатералей, на фоне которых контрастируется одинокий ствол какой-нибудь подкожной

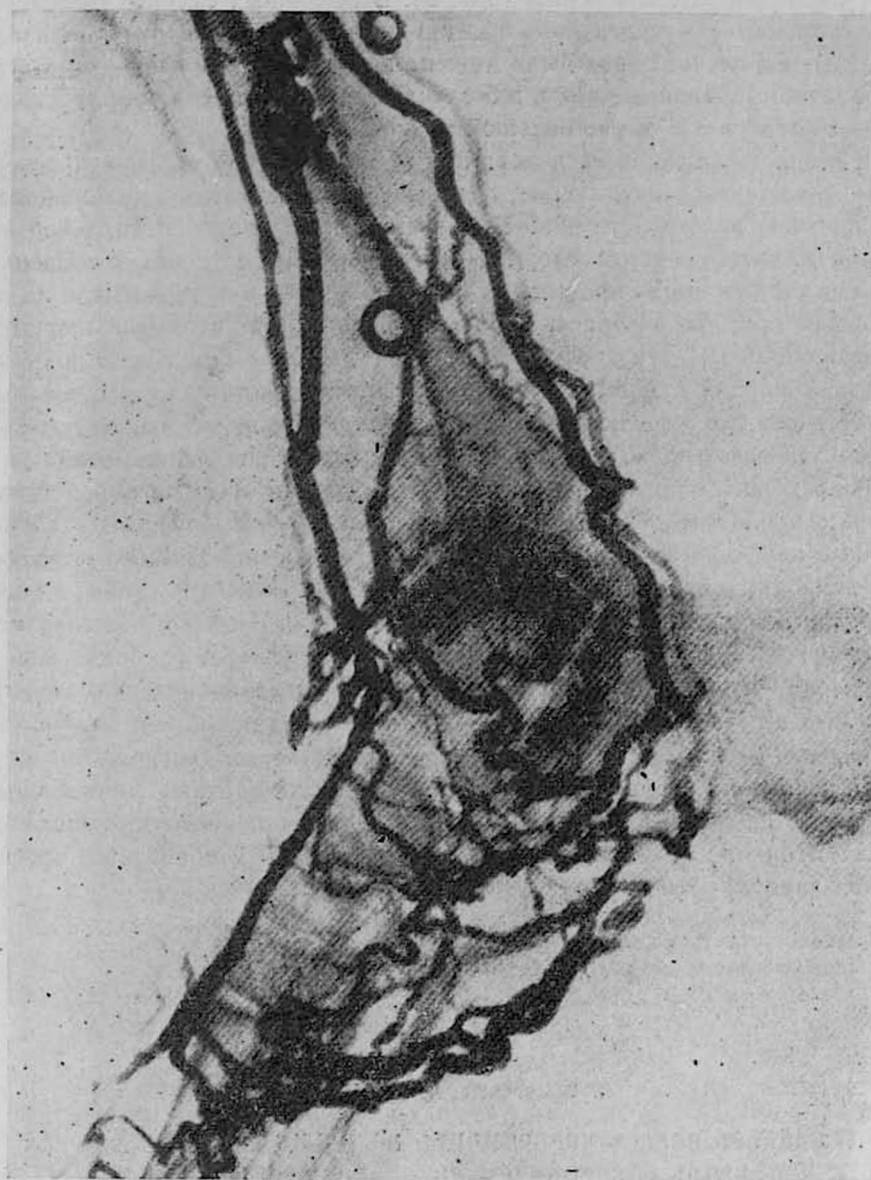


Рис. 3.

вены, чаще всего медиальной краевой. Кости стопы у этих больных на флебограммах пятнисты, как бы стерты, что, очевидно, свидетельствует о венозном застое в них.

Как доказано исследованиями многих авторов [4—8], трофические расстройства нижней трети голени являются следствием недостаточности так называемых лодыжечных перфорантов, начинающихся из маленьких подкожных и кожных вен и впадающих непосредственно в глубокие вены.

Лодыжечные перфоранты были обнаружены нами на дне 12 из 29 посттромбофлебитических язв (рис. 2). В остальных случаях флебографическая картина места локализации язва была самой разнообразной (рис. 3): в 6 случаях язва была лишена вен, в 3 — на дне язвы располагались затромбированные вены, в 5 случаях была выявлена вена, восходящая от кости, в 3 — ветвь большой подкожной вены.

Как показали наши исследования, недостаточность лодыжечных перфорантов является, несомненно, причиной, но не единственной, появления трофических расстройств нижней трети голени. Область медиальной лодыжки является местом сложных флебогемодинамических отношений. Если на стопе в норме кровь течет от глубоких вен в подкожные, а на голени наоборот, то в области медиальной лодыжки венозный кровоток двусторонний [9]. На уровне медиальной лодыжки в большую подкожную вену впадают вены тыльной поверхностной системы стопы, которые осуществляют отток венозной крови от кожи и подкожной клетчатки стопы [10]. В связи с тем, что дистальная треть голени бедна мышцами, а вены кости здесь располагаются поверхностно, то отток венозной крови от кожи и подкожной клетчатки осуществляют подкожные вены, лодыжечные перфоранты и вены, восходящие от кости. Тромбоз глубоких вен приводит к застою в венах костей мышц и сухожилий стопы, а впоследствии в венах дистальной трети кости голени. В области медиальной лодыжки возникает односторонний кровоток только от глубоких вен, а на голени — извращенный. Все это способствует возникновению локального отека в нижней трети голени, особенно у медиальной лодыжки, что приводит к расширению всех мелких вен этой области, осуществляющих отток венозной крови от кожи и подкожной клетчатки: лодыжечных перфорантов, веточек большой подкожной вены и вен, восходящих от кости. Вторично развиваются нарушения трофики и образуется трофическая язва.

Республиканская клиническая больница,
Ин-т кардиологии им. акад. Л. А. Оганесяна
МЗ Арм. ССР, г. Ереван

Поступило 26/V 1975 г.

Պ. Պ. ԱՆԱՆԿՅԱՆ, Կ. Ր. ԹԱՐԽԱՆՈՎԱ

ՍՐՈՒՆՔԻ ՍՏՈՐԻՆ ԵՐՐՈՐԴԱԿԱՆԻ ԵՎ ՈՏՆԱԹԱԹԻ ԵՐԱԿՆԵՐԻ
ՌԵՆՏԳԵՆ-ԿՈՆՏՐԱՍՏ ՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ, ՏՐՈՅԻԿ ԽՈՑՈՎ
ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակները գտնում են, որ սրունքի ստորին երրորդականի տրոֆիկ խոցերը ուղեկցվում են ոտնաթաթի երակների աղտոտմամբ:

Առաջարկվում է վերահիշյալ հիվանդների մոտ կատարել սրունքի ստորին երրորդականի և ոտնաթաթի ֆլեբոգրաֆիա կողմնային պրոեցիայով:

P. P. ANANIKIAN, K. R. TARKHANOVA

THE RADIOPAQUE EXAMINATION OF FOOT VEINS AND LOWER THIRD OF CRUS IN PATIENTS WITH TROPHIC ULCERA

Summary

The authors have come to the conclusion that the ulcer of lower third of crus is always accompanied with the foot vein lesion. It is recommended to make phlebography of foot and lower third of crus in lateral (medial-lateral) projection.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аскерханов Р. П. Вестник хирургии, 1969, 5, 3.
2. Кузин М. И., Васютков В. Я. Клиническая медицина, 1966, 3, 97.
3. Лидский А. Т. Хроническая венозная недостаточность. М., 1969.
4. Мжельский В. С. Вестник хирургии, 1960, 2, 93—100.
5. Cockett F. et al. Lancet, 1953, 1, 17.
6. Cockett F. The Brit. Journ. Surg., 1955, XLIII, 179, 260—278.
7. Dodd H. et al. The pathology and surgery of the veins of the lower limb. London, 1956.
8. Kappert A. Etat actuel de la phlebologie Ciba symposium, 1967, 15, 4, 13.
9. Kuster G. et al. Surg. Gynec. a. Obst., 1968, 127, 4, 817—823.
10. Lofgren et al. Surg. Gynec. a. Obst., 1968, 126, 2, 289—290.