

В. С. КАЗАРЯН, М. Б. АЮНЦ, Р. Т. ВИРАБЯН, А. З. КАРАПЕТЯН

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
СИНДРОМА ПЕДЖЕТА-ШРЕТТЕРА

Острое нарушение оттока венозной крови верхней конечности развивается на фоне сдавления, рубцовых изменений и закупорки подключичной вены, которые известны как синдром Педжета-Шреттера.

В этиологии этого процесса определенная роль принадлежит механическому фактору [1, 5]. Часть авторов придает большое значение сосудистому спазму [3, 4], связывая его с воздействием механического фактора.

В механизме развития синдрома Педжета-Шреттера решающую роль играет анатомическое месторасположение подключичной вены в костно-мышечном футляре [2], где создаются благоприятные условия при каждом движении плечевого сустава.

В период с 1969 по 1976 гг. мы наблюдали 14 больных (4 женщины и 10 мужчин) в возрасте от 25 до 45 лет с синдромом Педжета-Шреттера. Поражение правой руки наблюдалось у 10, левой—у 4 больных. Большинство больных занималось физическим трудом и начало заболевания связывали с физическим напряжением. Боли возникали во время или после физической нагрузки. Острое начало заболевания отмечено у 8 больных, подострое—хроническое течение—у 4, а у 2—характер течения заболевания выяснить не удалось из-за нечетких анамнестических данных.

Больных с острым началом заболевания госпитализировали в отделение на 3—4-й день болезни, когда заболевание переходило в подострую стадию и острые явления стихали, а течение болезни принимало более стабильный характер.

При обследовании больных, кроме обязательных исследований, с целью выявления гемодинамических изменений проводили капилляроскопию, кожную электротермометрию, осциллографию, флеботонометрию и флебографию, определяли периферический мышечный кровоток.

Из клинических симптомов, сопровождающих синдром Педжета-Шреттера, в наших наблюдениях по своей частоте на первый план выступил отек пораженной конечности. В отличие от настоящего отека в патофизиологическом понятии увеличение конечности при данной патологии происходит в результате переполнения венозных и лимфатических сосудов дистальнее места непроходимости основного венозного ствола. Увеличение объема пораженной конечности зафиксировано у

всех больных, при этом у 8—в течение первых часов, а у 6—в течение нескольких дней.

Измерением окружности обеих верхних конечностей на одинаковых уровнях нам удалось выяснить, что отек охватывает конечность неравномерно: большей частью локализуется на уровне плеча; средней интенсивности—на уровне средней трети (с/з) предплечья; при хроническом течении он сравнительно меньше (табл. 1).

Таблица 1

Средняя разница окружности здоровой и пораженной конечности на разных уровнях до и после лечения (в см)

Уровень конечности	До лечения		После лечения	
	острое течение	хроническое течение	острое течение	хроническое течение
н/з предплечья	$0,9 \pm 0,001$	$0,5 \pm 0,001$	$0,2 \pm 0,0001$	$0,3 \pm 0,001$
с/з предплечья	$2,3 \pm 0,02$	$1,3 \pm 0,001$	$1,0 \pm 0,001$	$1,0 \pm 0,01$
с/з плеча	$3,4 \pm 0,02$	$2,5 \pm 0,001$	$1,2 \pm 0,001$	$1,1 \pm 0,01$

Расширения подкожных вен пораженной конечности, локализованные часто на внутренней поверхности плеча, в подмышечной области и передней поверхности грудной клетки, наблюдались у 5 больных.

Цианоз кожи пораженной конечности с максимальной выраженностью в области кисти и в нижней трети (н/з) предплечья был отмечен у 7 больных (лишь в 1 случае цианоз распространялся до уровня плеча).

У всех больных зафиксирован болевой синдром разной интенсивности, который носил ноющий характер, усиливаясь при физическом напряжении. Чаше боли были локализованы в области плечевого сустава и подмышечной впадины и при остром течении были более выражены, чем при хроническом.

Периферический мышечный кровоток (определенный методом радиоизотопной индикации) пораженной стороны на уровне предплечья несколько замедлен, что связано с нарушением оттока крови из конечности (табл. 2).

Венозное давление, как важный показатель при непроходимости магистральных вен, позволяет выявить степень выраженности нарушения венозного оттока и судить о наличии коллатерального кровообращения. Артериальное давление особым изменениям не подвергалось.

При переходе острого процесса в хронический с течением времени развивается мощная коллатеральная сеть, включаются в функцию артерию-венозные анастомозы, способствующие оттоку венозной крови из конечности.

Признаком нарушения артериального кровообращения является понижение кожной температуры пораженной конечности (особенно в остром периоде заболевания), что мы объясняем развитием артериаль-

Таблица 2

Средние показатели мышечного кровотока и венозного давления до и после лечения

Конечность	Мышечный кровоток в мл/100 г/мин.				ВД в мм вод. ст.			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	острое течение	хроническое течение	острое течение	хроническое течение	острое течение	хроническое течение	острое течение	хроническое течение
Здоровая	8,2 ±0,08	8,2 ±0,02	9,2 ±0,02	9,6 ±0,04	112,8 ±11,2	106,2 ±9,8	100,4 ±9,1	104,2 ±10,1
Пораженная	5,5 ±1,2	6,4 ±2,1	8,0 ±1,2	8,6 ±1,1	220,5 ±12,1	185,5 ±10,5	150,0 ±14,2	120,4 ±10,2

ного спазма. В наших наблюдениях разница в кожной температуре между здоровой и больной конечностями составляла от 0,7 до 1,0 градуса.

По данным капилляроскопии в острой стадии заболевания отмечено некоторое уменьшение количества капилляров и расширение венозных браш. Осциллографически выявлен слабовыраженный спазм артериальных сосудов пораженной конечности.

Флебографическое исследование позволило нам выяснить характер и локализацию тромбоза, а также степень развития коллатеральных путей, и главное—заранее определить характер и объем оперативного вмешательства. Полученные флебографические данные указывают на наличие участков сужения, тромбоза и симптома ампутации подмышечной или подключичной вены с резким расширением венозного ствола дистальнее места сужения, что обусловлено наличием высокого венозного давления (рис. 1).

Мы наблюдали также тромбоз подключичной вены, при котором в результате длительного хронического процесса развилась выраженная коллатеральная венозная сеть дистальнее места тромбоза, обеспечивающая отток крови конечности (рис. 2).

При выборе метода лечения большое значение придавали характеру и стадии заболевания.

Хирургическая коррекция нарушенного венозного кровообращения является методом выбора особенно при ограниченном тромбозе, сужении, экстра-сосудистых причинах, закупорке просвета подключичной вены.

Хирургическому лечению подверглись 8 больных с сужением и тромбозом подключичной вены. У 4 больных непроходимость подключичной вены была связана с рубцовыми изменениями тканей. После венолиза подключичной вены проходимость ее была восстановлена полностью, в чем мы убедились сейчас же после освобождения вены от окружающих тканей на операционном столе.

У 1 больного при тотальном тромбозе подключичной вены произ-

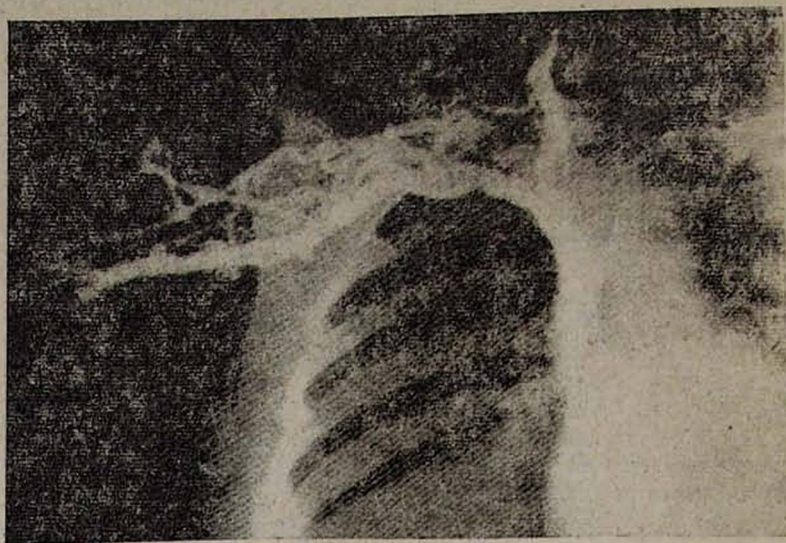


Рис. 1. Флебограмма больного М. О. Сужение правой подключичной вены с постстенотическим расширением.

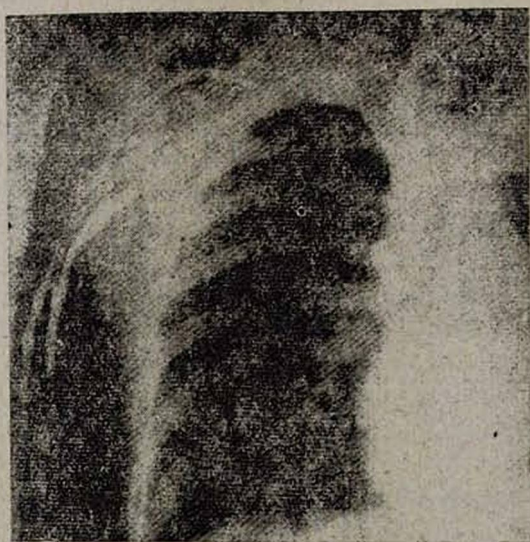


Рис. 2. Флебограмма больного А. Д. Тромбоз правой подключичной вены с выраженной венозной коллатеральной сетью.

ведена резекция ее с целью устранения сосудистого спазма (в результате пересечения симпатических нервов и предупреждения восходящего тромбоза) с удовлетворительным результатом.

У оперированных больных был получен положительный эффект (уменьшились отек и венозное давление, исчез цианоз кожи и главное—восстановилась функция конечности).

В острой стадии заболевания (8 случаев) и при подготовке больных к операции (в послеоперационном периоде), как правило, применяли консервативную терапию. С этой целью пользовались растворами гепарина, фибринолизина и спазмолитическими средствами. Благодаря этому у ряда больных уменьшился отек и нормализовался цвет кожи. В этих случаях развитие коллатерального кровообращения оказалось удовлетворительным, и после ликвидации острых явлений субъективные ощущения уменьшились до минимума, функция конечности восстановилась неполностью.

Таким образом, при синдроме Педжета-Шреттера развиваются нарушения регионарного кровообращения в пораженной конечности, которые в результате переполнения венозных и лимфатических сосудов проявляются в увеличении окружности конечности. Восстановление проходимости венозного ствола методом хирургической коррекции создает нормальные условия для оттока венозной крови конечности. Об этом свидетельствуют снижение венозного давления, уменьшение объема конечности и исчезновение резко переполненных подкожных вен пораженной конечности.

Филиал ВНИИХ и ЭХ МЗ СССР, г. Ереван

Поступило 19/VII 1976 г.

Վ. Ս. ՂԱԶԱՐԻԱՆ, Մ. Բ. ԱՅՈՒՆՑ, Ռ. Թ. ՎԻՐԱԲԻԱՆ, Ա. Զ. ԿԱՐԱՊԵՏԻԱՆ

ՊԵԶԵՏ-ՇՐԵՏՏԵՐ ՍԻՆԴՐՈՄԻ ԿԼԻՆԻԿԱՆ ԵՎ ՎԻՐԱԶՆԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակների կողմից ցույց է տրված, որ ռեգիոնար արյան շրջանառության խանգարումները Պեզետ-Շրետտեր սինդրոմի ժամանակ վնասված վերջավորություններում հեռացվում են վիրահատական կոռեկցիայի մեթոդներով՝ նորմալ պայմաններ ստեղծելով երակային արյան արտահոսքի համար:

V. S. KAZARIAN, M. B. AJUNTS, R. T. VIRABIAN, A. Z. KARAPETIAN

CLINIC, DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PEDJET-SHRETTTER SYNDROME

S u m m a r y

The authors have shown that the disturbances of regional circulation in injured extremity are removed by surgical correction creating normal conditions for the venous blood outflow.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бакулев А. Н., Савельев В. С., Думне Э. П. В кн.: «Хирургическое лечение окклюзий верхней поллой вены и ее притоков». М., «Медицина», 1967.
2. Савельев В. С., Думне Э. П. Грудная хирургия, 1963, 2.
3. Langeron P. Presse med. 1956, 64, 147.
4. Ma Larthy H. Brit med. J., 1946, 2, 298.
5. Schroeffler L. Pathologic und Theräpic. Wien., 1900, 15, 3, 2.