

*Г. В. Киселевский, В. П. Василевский, Н.Д. Маслакова, Т.С. Жотковская,
А.И. Ославский, А.О. Флёров, В.В. Макарович, Н.М. Шимко*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ПОДКОЖНОГО ТРОМБОЗА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

ГУ «1134 Военный медицинский центр ВС РБ»

С целью оптимизации тактики консервативного и хирургического лечения, определения объема оперативного вмешательства при остром подкожном тромбозе вен любой локализации анализируются результаты хирургического лечения 27 больных варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной острым тромбофлебитом. 16 пациентам общепризнанная флебэктомия (кроссэктомия с коротким стрипингом и иссечением тромбированных подкожных венозных структур из отдельных фокусных разрезов или тоннельным способом) были выполнены через 4–6 недель от момента заболевания после полного купирования воспалительного процесса. Другим 11 больным осуществлено радикальное лечение в один этап. На высоте купируемого воспалительного процесса (5–10 сутки госпитализации) выполняли: кроссэктомию с комбинированной флебэктомией, иссечение конгломерата тромбированных вен единым блоком с окружающей подкожной жировой клетчаткой. Обсуждены методики операций в зависимости от локализации тромботического процесса, особенности комплексной предоперационной подготовки и послеоперационной терапии с учетом максимально полного восстановления опорно-двигательной системы нижних конечностей у военнослужащих.

Проблема лечения острых тромбозов подкожных вен нижних конечностей по-прежнему остается актуальной, поскольку существует мультиполярность взглядов на некоторые тактические вопросы, эффективность и опасность активной хирургической тактики при данном заболевании с одновременным отсутствием унифицированного подхода к его комплексной терапии [4,8]. Современные представления о более или менее выраженном воспалительном процессе в зоне тромбоза положены в основу другого часто употребляющегося названия этой патологии – тромбофлебит и, в ряде случаев, не в полной мере предполагают однозначную активную хирургическую коррекцию [7]. Многопараметрические исследования последних лет демонстрируют высокую распространенность пациентов с риском развития венозного тромбоза (ВТЭ). 52% наблюдаемых госпитализированных пациентов имеют риск развития ВТЭ, соответственно 64% были пациентами хирургического профиля и 36% – терапевтического. Наиболее высок риск возникновения ВТЭ у больных с острым тромбофлебитом глубокой венозной системы, хотя локализация патологического процесса в проксимальных сегментах подкожных магистралей в ряде случаев характеризуется высокой эмбологенной опасностью [2]. По данным статистики тромбофлебит поверхностных вен развивается у каждого 5-6 пациента, страдающего варикозной болезнью. Основным показанием к экстренному оперативному лечению тромбофлебита является нарастание тромба по ходу большой подкожной вены выше средней трети бедра. При этом общепризнанным лечением является операция Троянова-Тренделенбурга

(кроссэктомия) и флебэктомия с некоторыми техническими особенностями [3,5]. Основная задача лечения подкожного тромбофлебита заключается в предотвращении его распространения на глубокую венозную систему и развития тромбоза эмболии своевременной и показанной радикальной санационной хирургической процедурой [9].

Материалы и методы

За последние 3 года в хирургическом отделении ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» оперированы 27 больных варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной острым тромбофлебитом подкожных вен. Из них мужчин было 19 человек, женщин 8 человек. Средний возраст пациентов составил 55,7 + 4,6 лет. Во всех случаях острый тромбофлебит явился осложнением варикозной болезни нижних конечностей. Длительность острого тромбофлебита до поступления в стационар составила у 14 больных 2 дня, у 8 – 5 дней, у 5 – 7 дней и более. В 16 наблюдениях тромботический и воспалительный процесс локализовался в подкожных венах левой нижней конечности, в 11 – правой нижней конечности. У двух пациентов диагностирован острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены, у 3 – острый тромбофлебит локализовался как в системе большой, так и малой подкожных вен. Обследование больных осуществлялось комплексно. Основным методом диагностики тромбофлебита и определения верхней границы локализации тромба являлось физикальное дооперационное обследование, а также интраоперационная ревизия сафено-бедренного соустья. В зависимости от методических подходов в лечении больные распределились на две группы. 16 пациентам общепризнанная флебэктомия (кроссэктомия с коротким стрипингом и иссечением тромбированных подкожных венозных структур из отдельных фокусных разрезов или тоннельным способом) были выполнены через 4-6 недель от момента заболевания после полного купирования воспалительного процесса. Вместе с тем у 2 из них при локализации тромботического процесса в области сафено-фemorального соустья и верхней трети бедра первый этап хирургического лечения (выделение, пересечение и перевязка ствола большой подкожной вены в области ее устья) осуществлен на 2-3 сутки госпитализации. Другим 11 больным осуществлено радикальное лечение в один этап. На высоте купируемого воспалительного процесса (5-10 сутки госпитализации) выполняли: кроссэктомию с комбинированной флебэктомией, иссечение конгломерата тромбированных вен единым блоком с окружающей подкожной жировой клетчаткой.

Результаты и обсуждение

Интраоперационных осложнений и летальных исходов у прооперированных больных не отмечалось. Не было зарегистрировано ни одного случая тромбоза эмболии легочной артерии. У всех больных достигнуто клиническое выздоровление. Признаки воспаления исчезали на 2-3 сутки после операции у пациентов второй группы. В подавляющем большинстве клинических наблюдений раны зажили первичным натяжением. Швы больным снимались на 10 сутки. Вместе с тем в послеоперационном периоде отмечалась непродолжительная лимфорея у 2 больных в обеих группах, еще в 1 случае при одномоментной радикальной операции и иссечении тромбированного венозного конгломерата в проекции измененной кожной трофики наблюдалась краевая тканевая деструкция и вторичное заживление послеоперационной раны. В

последнем случае и у пациентов с явлениями венозной недостаточности особенно при наличии трофических нарушений накладывали модифицированную повязку Унны (длительное локальное воздействие смеси солкосерила и куриозина).

В лечении больных с острым тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей применялась непосредственная активная хирургическая тактика или ликвидация патологического процесса оперативным путем после полного купирования местного активного воспалительного процесса. В тоже время сразу после поступления в стационар больным назначалось общее и местное комплексное лечение, включающее дезагреганты, антибактериальные и антикоагулянтные препараты, венотоники, внешняя эластическая компрессия нижних конечностей, а так же симптоматическое лечение. Основопологающими факторами в избрании тактики и интенсивности терапии у оперованных пациентов являлись локализация тромбоза и степень клинических проявлений. Прооперированы в первые- вторые сутки с момента поступления 2 человек, на 5-7 сутки – 7 и на 7-10 – 4. У 14 больных первой группы удаление патологически измененных и варикозно-расширенных подкожных вен осуществлено через 1-1,5 месяца. Наиболее активной хирургической тактики требуют больные с локализацией верхней границы тромба в большой подкожной вене на уровне паховой складки (пупартовой связки), в малой – на уровне подколенной ямки. Несколько менее ургентным патологическим статусом следует считать пациентов с распространением тромба до границы средней и верхней трети бедра. Еще более отсроченными показания к хирургическому лечению у больных с локализацией верхней границы тромба на уровне средней трети бедра с выраженными изменениями мягких тканей в окружности тромбированной вены, что потребовало проведения лечения, направленного на его уменьшение. Основным методом хирургического лечения является выполнение операции Троянова - Тренделенбурга (кросэктомии), Нарата, Ф.Н. Сидориной с пересечением коммуникантных вен по Линтону и Кокету, в показанных случаях обработкой варикозно-измененных вен стопы. Вместе с тем у пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии, обусловленном декомпенсацией функции сердечно-сосудистой и легочной систем, обоснованно выполнение только операции Троянова-Тренделенбурга.

Следует отметить, что ревизия терминального сегмента магистрального подкожного венозного сосуда и места его впадения в бедренную вену может выявить три возможных уровня расположения верхней границы тромба в большой подкожной вене на уровне сафено-фemorального соустья. При наиболее опасном высоком уровне флотирующий тромб находится в общей бедренной вене, а у некоторых пациентов может распространяться и на наружную подвздошную вену. Все впадающие в основной ствол большой подкожной вены ветви (поверхностная надчревная, окружающая подвздошную кость и наружная срамная) тромбированны. При среднем уровне хвост тромба располагается в створках остиального клапана. Впадающие в основной ствол большой подкожной вены притоки бывают тромбированными. При низком уровне верхняя граница тромба находится в области впадения трех верхних притоков большой подкожной вены. В этом случае, наряду с тромбозом основного ствола большой подкожной вены, имеется тромбоз медиальной и латеральной добавочных

подкожных ветвей. Сафенофemorальное соустье и верхние впадающие ветви тромбов не содержат. Описанная локализация тромботического процесса требует выполнения флебэктомии с техническими особенностями. В случае подозрения на наличие тромба в зоне сафено-бедренного соустья показано применение косовертикального разреза, так как из обычного доступа (параллельно пупартовой связке) оперативное выделение общей бедренной вены, устья и впадающих притоков большой подкожной вены затруднительно. Разрез начинается на границе между внутренней и средней третью пупартовой связки, проходит через овальную ямку или несколько медиальнее определяемой пульсации бедренной артерии. Тромбированный ствол обычно располагается в толще воспалительных инфильтрированных тканей. Если ревизия выявляет наличие тромба в общей бедренной вене, то после перевязки всех притоков поэтапно выделяются, берутся на держалки и пережимаются мягкими сосудистыми зажимами глубокие венозные структуры (дистальный сегмент наружной подвздошной вены, поверхностная бедренная и глубокая вены бедра). Основной ствол большой подкожной вены поперечно пересекается, отступя 0,5-0,6 см от устья, а культя рассекается вдоль по передней стенке через остиальный клапан и продлением на общую бедренную вену. Тромб из нее удаляется под визуальным контролем. Венотомическое отверстие ушивается боковым, обвивным сосудистым швом. При среднем уровне локализации верхней границы тромба после лигирования тромбированных притоков большой подкожной вены ее культя раскрывается вдоль своей оси до остиального клапана. Кратковременное снятие блока кровотока по поверхностной бедренной вене позволяет произвести удаление окончатым зажимом и выталкивание появляющейся струей крови верхушки тромба из зоны остиального клапана через сафенотомическое отверстие (в нескольких миллиметрах от соустья) или рассеченную культю большой подкожной вены. После бокового отжатия стенки бедренной вены мягким сосудистым зажимом под устьем оно очищается от остатков тромбов и ушивается обвивным сосудистым швом без оставления культи. При низком уровне локализации верхней границы тромба производится ушивание и перевязка большой подкожной вены на короткой открытой культе на участке свободном от тромботических масс.

Окончание этапа операции в области сафенофemorального соустья предполагает выполнение флебэктомии тромбированных поверхностных вен на бедре и голени из отдельных разрезов по Нарату, с иссечением их туннельным способом по Сидориной Ф.Н. [7] или лампасного разреза по Маделунгу. При выраженном перифлебите и целлюлите тромбированный ствол удалялся вместе с клетчаткой и кожным лоскутом. В области коленного сустава применялся только туннельный способ. При удалении подкожных венозных магистралей обязательно выделялись коммуниканты, которые в большинстве случаев содержали тромбы. Перевязка их производилась вне зоны тромбоза, в некоторых случаях после тромбэктомии и подфасциально. Следует отметить, что не тромбированные участки флебэктазий на бедре и голени иссекались прецизионно с использованием микродоступов. В раннем послеоперационном периоде продолжалось комплексное медикаментозное лечение (антибактериальная и антикоагулянтная терапия, дезагреганты, венотоники, эластическая компрессия нижних конечностей, физиотерапевтическое лечение, ЛФК). Флебэктомия при

остром подкожном тромбозе нижних конечностей в некоторых случаях сопровождается послеоперационной летальностью, достигающей 1.9% [1]. Она обусловлена, прежде всего, интра- и послеоперационной тромбоэмболией легочной артерии. Интраоперационная тромбоэмболия легочной артерии обусловлена, как правило, погрешностями техники операции. Тромбоэмболия легочной артерии в послеоперационном периоде может быть связана как с погрешностями техники операции, так и с неадекватной коррекцией коагуляционного потенциала крови. Осуществление комплексной предоперационной подготовки и послеоперационной терапии у больных с острым тромбозом подкожных вен нижних конечностей, наряду с адекватно выполненным одномоментным хирургическим вмешательством с учетом характера распространения процесса по подкожным венам позволяет избежать неблагоприятных исходов операций.

Выводы

1. Острый венозный подкожный тромбоз нижних конечностей требует соблюдения активной хирургической тактики, направленной на предупреждение распространения тромбоза на глубокие вены, быстрое купирование воспалительных явлений, исключение рецидива патологии и радикальную адекватную реабилитацию военных кадров.
2. Применение кроссэктомии в сочетании с одномоментным удалением ствола и притоков БПВ, одновременное иссечение конгломерата варикозных тромбированных узлов единым блоком на высоте купируемого воспалительного процесса дает хороший лечебный эффект, радикально улучшает состояние пациентов.
3. Определенная тактика и объем оперативного вмешательства являются оптимальными и оправданными, так как при таком варианте хирургического лечения отпадает необходимость второго этапа лечения – повторной госпитализации и ликвидации оставшейся патологии.

Литература

1. Баешко, А. А. Хирургическая профилактика тромбоэмболии легочной артерии / А. А. Баешко // *Здравоохранение*. 2004. № 2. С. 28–37.
2. Зайцев, Л. А. К вопросу лечения восходящих тромбозов варикозных вен нижних конечностей / Л. А. Зайцев // *Актуальные вопросы флебологии: сб. тр. международной конференции ангиологов*. Ярославль, 1990. С. 53–54.
3. Иоскевич, Н. Н. Лечение острого тромбоза подкожных вен нижних конечностей: материалы II республиканской науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы флебологии» / Н. Н. Иоскевич [и др.]. Витебск, 2008. С. 29–33.
4. Кириенко, А. И. Лечение тромбоза в системе нижней полой вены. Как избежать ошибок / А. И. Кириенко [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2007. № 4. С. 99–102.
5. Савельев, В. С. Флебология: рук. для врачей / В. С. Савельев. М.: Медицина, 2001. 664 с.
6. Сидорина, Ф. Н. Тромбозы конечностей / Ф. Н. Сидорина. М.: Медицина, 1967. 215 с.
7. Суховатых, Б. С. Склерохирургическое лечение острого тромбоза поверхностных вен / Б. С. Суховатых // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2006. № 1. С. 81–85.

8. Яблоков, Е. Г. Хроническая венозная недостаточность / Е. Г. Яблоков, А. И. Кириенко, В. Ю. Богачев. М.: «Берег», 1999. 128 с.
9. Kakkar, V. V. Prevention and management of venous thrombosis / V. V. Kakkar // British Medical Bulletin. 1994. V. 50, № 4. P. 871–903.