

А.Ф. Красник

## ТРОМБОФЛЕБИТ ПОДКОЖНЫХ ВЕН И ФЛЕБОТРОМБОЗ КАК УРГЕНТНАЯ ПРОБЛЕМА В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Городская клиническая больница № 1 (Иркутск)

Известно, что восходящие тромбофлебиты в системе большой или малой подкожной вены дают до 3 % от всех причин тромбоза глубоких вен. При этом в экстренной ангиохирургической практике остаются спорными и до конца не решенными вопросы диагностики и лечения этой патологии.

Ежегодно в приемное отделение Городской больницы № 1 машиной скорой помощи из поликлиник и различных лечебных учреждений города Иркутска доставляется до 80 пациентов с диагнозом тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей. После осмотра ангиохирургом и ультразвукового обследования в отделение хирургии сосудов госпитализируется от 35 до 45 пациентов. Наиболее частой диагностической ошибкой является рожистое воспаление нижних конечностей.

Преобладающей причиной, приводящей к тромбозу и тромбофлебиту подкожных вен, явилась варикозная болезнь с выраженными нарушениями венозной гемодинамики и грубыми морфологическими изменениями в стенках вен. В единичных случаях пусковым моментом для развития венозного тромбоза стали онкологические заболевания, травмы нижних конечностей, длительные оперативные вмешательства с использованием миорелаксантов, различные дерматиты кожи либо тромбофилические состояния. В большинстве случаев в воспалительный процесс вовлекалась система большой подкожной вены, а случаи тромбоза малой подкожной вены были единичными. Возраст пациентов колебался от 34 до 75 лет, из них 55 % всех пациентов были все же старше 55 лет. Среди общего числа поступивших женщины детородного возраста составили 12 %.

В первые сутки от начала заболевания, как правило, пациенты поступают очень редко. В срок от 2 до 5 суток (наиболее благоприятный для операции) поступило 45 %. От 5 до 10 суток — до 35 %, и в более поздние сроки — оставшиеся 25 %. Заболевание проявлялось как местными, так и общими признаками: уплотнение по ходу подкожных вен, боль в месте уплотнения при пальпации или без нее, гиперемия по ходу тромбированных вен, уплотнение мягких тканей вокруг вен, гипертермия как местная, так и общая. В случае выраженного варикозного расширения вен и при отсутствии адекватного медикаментозного лечения требовалось всего несколько суток для распространения тромбоза до устья большой или малой подкожной вены с последующим формированием рыхлого флотирующего тромба.

С 2000 по 2004 гг. в отделении хирургии сосудов были прооперированы в экстренном порядке 166 пациентов. Большинство операций были вы-

полнены под местным обезболиванием. 25 больным была выполнена тромбэктомия из устья большой подкожной вены и удален рыхлый тромб, переходящий на бедренную вену. Неоднократно интраоперационно подтверждалось, что уровень тромбоза ствола подкожных вен всегда оказывался значительно выше (на 10 — 15 см) определяемого до операции визуально и пальпаторно.

Клинически достоверно установленные случаи мелкоочаговой тромбоземболии легочной артерии после таких операций были единичными. Случаев массивной тромбоземболии легочной артерии после этих операций не отмечалось. Большинству больных в послеоперационном периоде проводилось комплексное медикаментозное лечение, включая гепаринизацию, и назначался активный двигательный режим.

### ВЫВОДЫ

1. Ошибка в диагностике тромбоза и тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей на догоспитальном этапе составляет до 50 %, что обуславливает дальнейшие тактические и лечебные ошибки.

2. Наиболее информативным видом обследования в процессе диагностики следует считать duplexное или трехмерное обследование венозного русла пациента.

3. Только медикаментозным лечением, без риска, следует ограничиваться в случаях тромбозов подкожных вен голени или тромбоза варикозно измененных вен нижней трети бедра.

4. В случае достоверной диагностики тромбоза ствола большой или малой подкожной вены, доходящего до места слияния с глубокой венозной системой, оперативное лечение необходимо считать единственно эффективным способом профилактики тромбоза глубоких вен.

5. В случае диагностики флотирующего тромба общей бедренной или наружной подвздошной вены требуется выполнение стандартного доступа к магистральным венам и выделение их на достаточном протяжении.

6. Полноценная тромбэктомия из устья большой подкожной вены более чем через неделю от начала развития тромбоза чаще всего не удается из-за плотной фиксации тромботических масс к стенкам вены.

7. В случае наличия массивных тромбированных венозных конгломератов на голени и бедре без выраженного перивазального процесса целесообразно либо удалять эти конгломераты сразу, либо через небольшие венотомические отверстия эвакуировать тромботические массы.

8. В случае диагностики тромбоза на уровне устья большой подкожной вены у беременных и в сроки, не превышающие 2–5 суток оперативное лечение производить в срочном порядке.

9. Хирургический этап — это не финал лечения данного заболевания. В обязательном поряд-

ке после операции необходимо проводить комплексное медикаментозное лечение, так как иногда упускается из вида недиагностированный тромбоз перфорантных вен, которые тоже могут быть путями для распространения тромбообразования на глубокие вены.

**С.В. Зайцев, В.В. Краузе**

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Городская клиническая больница № 1 (Иркутск)*

Известно, что у больных с окклюзирующим поражением артерий нижних конечностей на долю хронической критической ишемии (ХКИ) приходится 35 %, которая наблюдается у 1,5 % мужчин в возрасте до 50 лет. При этом 25 % лиц с ХКИ нуждаются в первичной ампутации. Летальность после ампутации выше коленного сустава составляет 20–50 %, ниже — 5–10 %, но спустя 5 лет достигает 50–70 %.

В настоящее сообщение включены сведения о 281 пациенте с атеросклеротической окклюзией артерий нижних конечностей в стадии ХКИ в возрасте от 35 до 87 лет. Из них мужчин — 229 (81,6 %), женщин — 52 (18,4 %). В общей сложности в течение 6 лет зарегистрирован 701 эпизод их госпитализации, что составило в среднем 2,5 раза.

При поступлении в отделение 167 больных (59,6 %) имели III степень ишемии, а 114 (40,4 %) — IV степень. Продолжительность заболевания составила от 2-х недель до 9 месяцев. Большинство составили лица трудоспособного возраста — 151 человек (53,8 %). Осложняющим обстоятельством являлось наличие ишемической болезни сердца (68,7 %), артериальная гипертензия (70 %) и хронические заболевания бронхолегочной системы (76,1 %). Характер поражения артерий оценивался на основании клинической картины, результатов ультразвукового исследования и контрастной ангиографии.

Учитывали проксимальный уровень поражения артерий выше пупартовой связки 120 (42,3 %) пациентов, и ниже пупартовой связки — 161 (57,7 %) пациент. Все больные были разделены на 3 группы. В первую включены пациенты, имеющие показания для восстановительных операций. Критерием отбора являлось состояние путей оттока. В случае, если состояние путей оттока было неудовлетворительным, но при положительном пробном консервативном лечении, включающем простаниды, выраженность ишемии уменьшалась, но полностью не купировался ишемический синдром, что говорило о выражен-

ном спастическом компоненте, выполняли паллиативные операции — поясничная симпатэктомия в сочетании с длительной внутриаартериальной инфузией вазоактивных средств в нижнюю надчревную артерию.

Операции реваскуляризирующей остеотрепанации (РОТ) большеберцовой кости в чистом виде или в сочетании с поясничной симпатэктомией выполняли только при 4-ой степени ишемии.

Во вторую группу включены пациенты, у которых возможности для реконструктивных вмешательств были сомнительными или отсутствовали, и не было прямых показаний для первичной ампутации конечности.

Третью группу составили пациенты, у которых отсутствовали какие-либо возможности реконструктивных или паллиативных операций, был длительный период критической ишемии с прогрессирующим некротическим процессом и имеющие тяжелую сопутствующую патологию.

Число пациентов, которым были выполнены операции при окклюзии артерий выше пупартовой связки, было 139 (43,8 %). Из них восстановительные операции были проведены у 120 (86,3 %), палиативные — у 18 (13 %), ревизия артерий — у 1 (0,7 %). Оперативные вмешательства при окклюзии артерий ниже пупартовой связки были выполнены 179 (56,2 %) пациентам. Из них: восстановительные операции — у 77 (43 %), палиативные — у 93 (52 %), ревизия артерий — у 9 (5 %).

Госпитальная летальность после восстановительных операций при локализации процесса выше пупартовой связки составила 8,3 %. Наиболее часто становится очевидной необходимость в ампутации конечности после ревизии артерии и невозможности выполнения восстановительного этапа операции (38,8 %).

При локализации процесса ниже пупартовой связки, летальность после восстановительных операций была значительно ниже и составила 1,3 %, но процент ампутаций после ревизии артерий достигает 44,4 %. Замечено, чем больше длительность хронической критической ишемии конечности до