

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ, В СОЧЕТАНИИ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Т. И. Тамм, О. М. Решетняк

Харьковская медицинская академия последипломного образования

SURGICAL TREATMENT OF VARICOSE DISEASE, COMPLICATED BY VARICOTHROMBOPHLEBITIS, COMBINED WITH TROPHIC ULCERS

T. I. Tamm, O. M. Reshetnyak

Варикозная болезнь (ВБ) НК у 30 – 59% пациентов осложняется формированием ВТФ, что представляет реальную эмбологенную опасность [1, 2]. Из них у 3,9% возникает угрожающая жизни тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) [3], у 33% – бессимптомная тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии по данным сцинтиграфии [2]. У 10 – 25% больных переход тромботического процесса через сафенофemorальное/сафенопоплитеальное соустье или несостоятельные прободящие вены (ПВ) на глубокую венозную систему обуславливает возникновение тромбоза глубоких вен (ТГВ), а формирующаяся в последующем посттромбофлебитическая болезнь требует сложного, дорогостоящего, длительного и не всегда успешного лечения [1, 3]. Нередко у пациентов при ВБНК наблюдают сочетание осложнений – ВТФ и открытых ТЯ.

Тактика лечения ВТФ различной локализации приведена в отечественных клинических рекомендациях по диагностике и лечению хронических заболеваний вен [4], в то же время принципы лечения ВТФ в сочетании с ТЯ недостаточно изучены. В связи с потенциальным риском раневых осложнений многие хирурги сдержанно относятся к выполнению оперативных вмешательств, предусматривающих коррекцию нарушений венозной гемодинамики у больных при ВТФ и открытой ТЯ [5], ограничиваются кроссэктомией и длительным кон-

Реферат

Проведен сравнительный анализ результатов лечения 40 пациентов по поводу варикозной болезни (ВБ) нижних конечностей (НК), осложненной варикотромбофлебитом (ВТФ), в сочетании с трофическими язвами (ТЯ). У 22 (55%) пациентов (I группа) выполняли радикальное хирургическое вмешательство с применением миниинвазивных методик, у 18 (45%) пациентов (II группа) – кроссэктомию с последующей консервативной терапией. Активная тактика и радикальное хирургическое лечение ВБ НК, осложненной ВТФ и ТЯ, позволили достичь эффективных результатов и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: варикозная болезнь нижних конечностей; варикотромбофлебит; эндоскопическая субфасциальная диссекция прободящих вен.

Abstract

The comparative analysis of treatment results of 40 patients over the varicose disease of the lower extremities, complicated varicothrombophlebitis, in conjunction with trophic ulcers was conducted. In 22 (55%) patients (I group) performed radical surgery with minimally invasive techniques, in 18 (45%) patients (II group) – crosssectomy followed by conservative therapy. The active tactics and radical surgery varicose disease of the lower extremities, trophic ulcers, and complicated by the varicothrombophlebitis, have led to effective results and improve of patients quality of life.

Key words: varicose disease of the lower extremities; varikothrombophlebitis; endoscopic subfascial dissection of perforating veins.

сервативным лечением язв. Лишь в отдельных работах представлен опыт радикального хирургического лечения пациентов по поводу тяжелых форм ВБНК, осложненных ТЯ и ВТФ [6].

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов по поводу ВБНК, осложненной сочетанием открытых ТЯ и ВТФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 40 пациентов, у которых образовались ТЯ вследствие ВБНК (С6 по классификации CEAP) и возник ВТФ в бассейне большой подкожной вены (БПВ) ноги (I и IV тип, по классификации F. Verrel, F. Stollman). Женщин было 24 (60%), мужчин – 16 (40%). Возраст

больных в среднем ($48,07 \pm 0,71$) года. Сроки с момента возникновения ВТФ до госпитализации больных в среднем ($6,8 \pm 1,4$) сут.

В исследование не включали пациентов при сочетании ВТФ и ТГВ на момент госпитализации, наличии флотирующего тромба, онкологических заболеваний в анамнезе, тяжелых сопутствующих заболеваний, атеросклеротического поражения артерий НК в стадии суб- или декомпенсации, тромбофилии и беременных.

Диагностика ВТФ включала клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Всем больным в срочном порядке проводили полипозиционное цветное дуплексное сканирование (ЦДС) с помощью аппарата ULTIMA

PRO—30 с использованием линейного датчика с частотой 5 — 10 МГц. Обязательно исследовали поверхностную и глубокую венозные системы обеих НК для исключения симульганного поражения, часто протекающего бессимптомно. Определяли локализацию и границы тромба, проходимость ПВ, их недостаточность, характеристику венозных рефлюксов. При выявлении тромбированных и недостаточных ПВ осуществляли их картирование. В последующем ЦДС выполняли ежедневно в течение 7 сут, затем — по показаниям и в контрольные сроки — 3, 6, 12, 24 и 36 мес.

Пациенты распределены на две группы. У 22 (55%) пациентов (I группа) выполняли радикальное хирургическое вмешательство с применением миниинвазивных методик, у 18 (45%) пациентов (II группа) — кроссэктомию и проводили консервативную терапию ТЯ. Группы сопоставимы по полу, возрасту больных, классу венозной дисфункции, длительности существования ВТФ и ТЯ.

Для стандартизации оценки результатов лечения пациентов применяли предложенную и модернизированную Американским венозным форумом клиническую шкалу оценки тяжести венозной дисфункции (Venous Clinical Severity Score — VCSS) с балльной оценкой 10 объективных и субъективных признаков заболевания и вычислением индекса шкалы тяжести заболевания, равного сумме баллов по каждому признаку. Для оценки качества жизни применяли специализированный балльный опросник качества жизни пациента при хронической венозной недостаточности (ХВН) — (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire — CIVIQ). После заполнения опросника пациентом количественные результаты суммировали.

Общая тяжесть венозной дисфункции (по шкале VCSS) в группах I и II достоверно не различалась и составила соответственно 19,8 и 19,6 балла. На момент госпитализации ограничение качества жизни у больных обеих групп составляло соответственно 87,5 и 87,1%.

Пациентам I группы хирургическое вмешательство выполняли под эпидуральной анестезией поэтапно, в определенной последовательности: кроссэктомию; SEPS несостоятельных ПВ при их томбозе, что подтверждено данными эндоскопии, выполняли тромбэктомию с использованием минидоступа; тромбированный венозный ствол на бедре удаляли путем туннелирования под контролем эндоскопии (пат. Украины 40234). Способ позволяет с минимальной травмой окружающих тканей выделить и удалить патологически—измененный сегмент БПВ и осуществить гемостаз. Канал, образованный после удаления тромбированного венозного ствола, промывали раствором антисептика и дренировали. После устранения горизонтального рефлюкса у некоторых больных при выраженном целлюлите и выявлении практически впаянных в кожу тромбированных вен не проявляли излишнего радикализма. При выписке им рекомендовано проведение склеротерапии, которая выполнена амбулаторно через 3 мес после операции.

После операции применяли флеботоники, нестероидные противовоспалительные препараты, градуированную эластическую компрессию, местное лечение ТЯ.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью лицензированного статистического программного пакета SPSS Statistica 17.0 с использованием критериев Манна — Уитни и Уилкоксона для независимых и зависимых выборок, критерия χ^2 — для оценки качественных признаков. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Течение послеоперационного периода у пациентов I группы без осложнений. Продолжительность лечения в стационаре после операции составила в среднем 6 — 7 сут. У всех пациентов ТЯ зажили в течение 16 нед, рецидива в сроки наблюдения до 3 лет не было. Рецидив ВТФ также не отмечен. Во II группе ТЯ за-

жили у 72,2% пациентов, у 36,4% из них — возник рецидив ТЯ в период наблюдения до 3 лет. Рецидив ВТФ возник у 3 (16,7%) больных в период наблюдения до 1 года. При мониторинге ЦДС после операции и в контрольные сроки поражение тромботическим процессом глубоких вен не установлено, недостаточность ПВ у пациентов I группы не наблюдали. У 2 (11,1%) пациентов II группы выявлен ТГВ на 3—и и 7—е сутки после кроссэктомии. Продолжительность лечения в стационаре пациентов после паллиативного лечения составила 12 — 14 сут.

Выраженная положительная динамика отмечена при оценке тяжести заболевания по шкале VCSS, по сравнению с исходной она значительно снижалась в I группе, через 3 мес — в 3,9 раза, через 6 мес — в 5,1 раза. При последующем наблюдении этот показатель не увеличивался, что подтверждает радикальность операции. Во II группе после устранения воспалительного процесса темпы регресса симптомов ХВН были не столь выраженными, через 3 мес — ее выраженность уменьшилась в 1,7 раза, через 6 мес — в 2,4 раза. При последующем наблюдении отмечено увеличение тяжести венозной дисфункции в связи с рецидивами ВТФ, ТЯ и прогрессированием основного заболевания.

Аналогичная тенденция отмечена в отношении показателей качества жизни пациентов. У пациентов I группы наблюдали положительную динамику и достоверные различия по всем параметрам качества жизни. Выраженность болевого синдрома через 3 года уменьшилась на 93,4%; физическая активность повысилась на 42,2%; психическая и социальная адаптация улучшилась соответственно на 23,2 и 22,4%. Показатели качества жизни пациентов II группы в сроки до 6 мес имели тенденцию к увеличению в основном за счет выраженного уменьшения выраженности болевого синдрома, в последующем они уменьшились в связи с сохранением симптомов ХВН и ее прогрессированием, возникновением рецидивов ВТФ и ТЯ. При сопоставлении показателей в двух группах установлено, что применение

активной тактики с радикальным хирургическим вмешательством, наряду с высокими показателями клинической эффективности, позволило значительно улучшить все параметры последующей жизни пациентов. В свою очередь, паллиативное хирургическое лечение не избавило пациента от основного заболевания, на фоне которого возник ВТФ, и, следовательно, не позволило достичь улучшения показателей качества жизни.

Анализ данных ЦДС у пациентов при ВТФ на фоне ВБНК в стадии декомпенсации позволил раскрыть ряд заслуживающих внимания моментов. При использовании ультразвукового сканирования с цветовым картированием кровотока выявлена большая частота тромбированных ПВ — 15,9% по сравнению с таковой по данным литературы (от 4,9 до 7,1%) [5, 7]. Это дает основания считать путь распространения тромботического процесса на глубокие вены через несостоятельные ПВ более важным, чем ранее отмечено в литературе. Учитывая, что количество несостоятельных ПВ прямо зависит от клинического класса (по СЕАР), можно предполагать, что риск перехода тромбоза на глубокую венозную систему увеличивается по мере повышения класса венозной дисфункции, он максимальный у больных при наличии открытых ТЯ (С6 по СЕАР). Приоритетом в лечении ВТФ, как и других заболеваний, должна быть терапия, направленная на уменьшение и устранение угрозы возникновения осложнений и смерти. Таким образом, вмешательство на несостоятельных ПВ, наряду с кроссэктомией, является важным аспектом оперативного лечения. Важность этого положения подтверждают два клинических наблю-

дения тромбоза глубоких вен после кроссэктомии без вмешательства на ПВ. Целесообразность использования малотравматичного способа удаления тромбированного венозного ствола на бедре обусловлена тем, что при выраженных нарушениях венозной гемодинамики возникает вторичное нарушение лимфооттока, а иссечение подкожной основы, вовлеченной в воспалительный процесс, в свою очередь, чревато повреждением лимфатических коллекторов с последующим возникновением лимфорееи или вторичного лимфатического отека. Кроме того, при применении зонда для удаления подкожных венозных магистралей, заполненных тромботическими массами, возможно продвижение тромбов в глубокую венозную систему через недостаточные ПВ.

Высокая травматичность хирургического вмешательства и риск возникновения послеоперационных осложнений в условиях трофических изменений тканей и наличия воспалительного очага ставят под сомнение целесообразность радикального устранения недостаточности ПВ. Найти оптимальный компромисс между достижением безопасности для больного в плане предупреждения перехода тромбоза на глубокие вены через несостоятельные ПВ и минимизацией вмешательства позволяет SEPS. Применение этого метода обеспечивает полноценную ревизию субфасциального пространства и целенаправленный поиск тромбированных вен, нивелируя ложноотрицательные результаты ЦДС, обусловленные трудностью выявления ПВ в условиях прерывания кровотока и выраженной инфильтрации паравазальной клетчатки, экзогенность кото-

рой может быть аналогичной экзогенности тромбов в просвете ПВ.

Опасения некоторых хирургов о высокой вероятности возникновения гнойно-септических осложнений в раннем послеоперационном периоде при радикальном хирургическом вмешательстве не подтвердились в нашем исследовании. Устранение патологических вертикального и горизонтального рефлюксов, и тем самым патогенетического механизма заболевания, предотвратило тромботические осложнения, рецидив заболевания, необходимость выполнения повторных оперативных вмешательств, способствовало значительному улучшению качества жизни пациентов. Таким образом, по данным многофакторного сравнительного анализа двух подходов к оперативному лечению ВТФ по поводу осложненных форм ВБНК установлены необходимость и преимущества применения активной тактики и радикального хирургического лечения ВБНК, осложненной ВТФ и открытыми ТЯ, с использованием миниинвазивных и эндовидеохирургических вмешательств.

Выводы

1. Проведение полипозиционно-го ЦДС способствовало адекватному выбору хирургического вмешательства у пациентов по поводу осложненных форм ВБНК.

2. Для профилактики ТГВ и ТЭЛА необходимо во время операции осуществлять коррекцию системы несостоятельных ПВ с использованием эндоскопических методов.

3. Выполнение радикального хирургического вмешательства позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов в отдаленном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кириенко А. И. Острый тромбоз флебит / А. И. Кириенко, А. А. Матюшенко, В. В. Андрияшкин. — М.: Литтерра, 2006. — 108 с.
2. Giannoukas A. D. Current management of superficial thrombophlebitis of the lower limb / A. D. Giannoukas // *Phlebology*. — 2013. — Vol. 20. — N3. — P. 127.
3. Варикотромбоз как предиктор тромбоза глубоких вен нижних конечностей — закономерность или случайность? / Л. М. Чернуха, С. П. Щукин, А. В. Тодосьев, Т. Н. Арчакова // *Клініч. флебологія*. — 2013. — Т. 6, № 1. — С. 180 — 182.
4. Клінічні рекомендації з діагностики та лікування хронічних захворювань вен / Там же. — 2010. — Т. 3, № 1. — С. 6 — 66.
5. Склерохірургічне лікування гострого тромбозу флебіта поверхневих вен / Б. С. Суковатих, Л. Н. Беликов, А. В. Серидицький [и др.] // *Ангіологія і суд. хірургія*. — 2006. — Т. 12, № 1. — С. 81 — 85.
6. Роль рефлюкса в розвитку і прогнозуванні гострого тромбозу флебіта варикозно-розширених вен нижніх кінцівок / А. Г. Бебуришвили, А. В. Шаталов, А. А. Шаталов, А. А. Смирнова // *Хірургія*. — 2005. — № 12. — С. 8 — 12.
7. Сабадош Р. В. Патологія проніжних вен при гострому варикотромбозу флебіті нижніх кінцівок / Р. В. Сабадош // *Клініч. флебологія*. — 2014. — Т. 7, № 1. — С. 180 — 181.