

## МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

*Т.И.Тамм,  
О.М.Решетняк, А.П.Захарчук*

Харьковская медицинская академия  
последипломного образования  
Харьков, Украина

---

Представлены результаты обследования и хирургического лечения 28 пациентов с варикотромбофлебитом на голени и тяжелыми формами варикозной болезни. Переход тромбоза с поверхностных вен на перфорантные выявлен у 25% больных с классом С4-С6 венозной дисфункции по классификации CEAP. Приведено обоснование и преимущества применения активной хирургической тактики с вмешательством на несостоятельных и/или тромбированных перфорантных венах, используя эндоскопические методы (SEPS). Выбранный подход коррекции макрогемодинамики позволил избежать повторного хирургического вмешательства у пациентов с поздними сроками госпитализации и активной трофической язвой. Продолжительность пребывания больного в стационаре после операции составила 6-7 суток.

*Ключевые слова: варикотромбофлебит, варикозная болезнь, несостоятельные перфорантные вены, субфасциальная диссекция перфорантных вен.*

---

### *Введение*

Варикотромбофлебит нижних конечностей (ВТ) — наиболее частое и опасное осложнение варикозной болезни (ВБ). Встречаясь

у 30-60% больных с ВБ, он может служить причиной тромбоза глубоких вен в 10% случаев [4]. Следствием данного заболевания у 5,9% пациентов является клинически проявляющаяся и непосредственно угрожающая их жизни тромбоэмболия легочной артерии [3]. Следует отметить, что бессимптомная тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, подтвержденная данными сцинтиграфии легких, возникает у 33% больных с ВТ [2]. Переход тромботического процесса через сафенофemorальное/сафенопопliteальное соустье или несостоятельные перфорантные вены на глубокую венозную систему нередко приводит к формированию посттромбофлебитической болезни, которая требует сложного, дорогостоящего, длительного и не всегда успешного лечения [1].

Принципы лечебно-диагностических мероприятий при данной патологии на сегодняшний день представлены в Украинских клинических рекомендациях по диагностике и лечению хронических заболеваний вен (2010) [5]. Однако особенности лечения ВТ у пациентов с ВБ, осложненной трофическими расстройствами, не нашли в нем своего четкого отражения. В единичных работах, посвященных данной проблеме, подчеркнута специфика развития у этих пациентов патологического процесса, которая заключается в не прогнозируемости его течения. Сложность оценки скорости тромбообразования и потенциального риска серьезных осложнений связана с наличием множества предрасполагающих факторов тромбоза: дегенеративные изменения сосудистой стенки, венозный стаз и эктазия, недостаточность остиального клапана и перфорантных вен, патологические вено-венозные рефлюксы. Наличие трофических расстройств и длительно существующий целлюлит создают высокий риск гнойно-септических осложнений после хирургических методов лечения в этой зоне. Выраженные изменения трофики кожи, а также наличие язвенных дефектов ограничивают возможности радикального хирургического лечения у данной категории больных.

Таким образом, лечение этой категории больных является актуальной медико-социальной проблемой и требует решения ряда тактических задач: определение срочности и объема оперативного лечения, выбор метода хирургического вмешательства, возможности проведения лечения одномоментно или в несколько этапов.

Целью исследования было обосновать активную тактику лечения варикотромбофлебита у больных с декомпенсированными формами варикозной болезни.

## **Материалы и методы исследования**

С 2009 по 2012 г. оперативное лечение ВТ было выполнено 28 больным с тяжелыми формами ВБ в возрасте от 45 до 72 лет. Мужчин было 12 (42,9%), женщин — 16 (57,1%). В течение первых 5 суток от начала заболевания было госпитализировано 8 (28,6%) пациентов, 14 (50%) — в течение 6-14 суток, 6 (21,4%) — через 14 и более суток. С I типом тромбофлебита поступил в стационар 21 (80,7%) больной, с IV типом — 7 (19,3%). Согласно классификации СЕАР (1994 г.) пациенты были представлены следующим образом: С<sub>4</sub> — 10 (35,7%), С<sub>5</sub> — 12 (42,8%), С<sub>6</sub> — 6 (21,5%).

Совместное использование двух классификаций считаем наиболее целесообразным, поскольку первая оценивает и определяет срочность, а вторая — объем оперативного лечения. Необходимо отметить, что, согласно клиническим рекомендациям (2010), пациентам с I типом тромбофлебита следует проводить консервативную терапию. В то же время критерии выбора сроков оперативного лечения для этой категории больных в рекомендациях четко не определены.

Комплекс обследования включал общеклинические методы и срочное цветное дуплексное сканирование (ЦДС) на аппарате ULTIMAPRO-30. В обязательном порядке обследовали поверхностную и глубокую венозную системы обеих нижних конечностей с целью исключить симультанное их поражение, часто протекающее бессимптомно. Определяли локализацию и границы тромба, проходимость перфорантных вен и степень их недостаточности, а также характеристики венозных рефлюксов. Пациентам с трофическими язвами производили бактериальный посев для определения чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам для местного лечения трофических язв.

В зависимости от характера трофических изменений мягких тканей и сроков госпитализации все пациенты с ВТ были разделены на две группы. В 1 группу вошли пациенты С<sub>4</sub>-С<sub>5</sub>, госпитализированные до 14 суток от начала заболевания — 22 (78%); 2 группу составили больные с активными трофическими язвами и сроком заболевания более двух недель — 6 (22%).

В обеих группах применяли активную хирургическую тактику и радикальное вмешательство на перфорантных венах. Под регионарной анестезией выполняли вначале кроссэктомию, затем короткий стриппинг на бедре и SEPS несостоятельных перфорантных вен. У 7 (25%) больных при эндоскопическом вмешательстве выявлен тромбоз пер-

форантных вен, который разрешен тромбэктомией. Объем хирургического вмешательства в 1 группе больных также включал флебэктомию на голени, тогда как во 2 группе последнюю не проводили.

Объем консервативной терапии в послеоперационном периоде включал в себя применение флеботоников, нестероидных противовоспалительных препаратов, градуированную эластическую компрессию, а также местное лечение трофических язв и воспалительно-го инфильтрата на голени у пациентов 2 группы.

### *Результаты исследования и их обсуждение*

Послеоперационный период у пациентов в обеих группах протекал без осложнений. Воспалительный процесс на голени у больных 2 группы после операции и под воздействием местного лечения купирован на 4-е сутки. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 6-7 суток. Пациентам 2 группы через 3 месяца после операции была выполнена склеротерапия. Мониторинг ЦДС в послеоперационном периоде исключил поражение глубоких вен.

Анализ данных ЦДС пациентов с ВТ на фоне декомпенсированных форм ВБ раскрыл ряд заслуживающих внимания моментов. Метод ультразвукового сканирования с цветовым картированием кровотока позволил выявить большой процент тромбированных перфорантных вен — 7 (25%) пациентов. Это дает основание считать, путь распространения тромботического процесса на глубокие вены через несостоятельные перфорантные вены более важным, чем отмечалось ранее в литературе. Учитывая тот факт, что количество несостоятельных перфорантных вен находится в прямой зависимости от клинического класса по СЕАР, можно предполагать, что риск перехода тромбоза на глубокую венозную систему увеличивается с повышением класса венозной дисфункции. Приоритетом в лечении ВТ, как и других заболеваний, должна быть терапия, направленная в первую очередь на снижение и устранение угрозы осложнений и смерти. Таким образом, вмешательство на несостоятельных перфорантных венах, наряду с кроссэктомией, является важным этапом оперативного вмешательства, а применение активной хирургической тактики оправданно. Также у 3 (10,73%) пациентов вместе с тромбозом ствола БПВ нами был обнаружен тромбоз вены Леонардо. Большинство клиницистов данной клинической ситуации не придает значения, применяя консервативную терапию. Однако следует отметить, что задняя арочная вена Леонардо имеет связь с глу-

бокой венозной системой голени через прямые перфорантные вены. Таким образом, несостоятельность перфорантных вен при тромбозе вены Леонардо у больных с декомпенсированными формами ВБ способствует переходу тромбоза на глубокие вены. Следовательно, лечение данного контингента больных требует активной хирургической тактики для предупреждения тромбоза глубоких вен.

По мнению ряда авторов, высокий риск развития послеоперационных гнойных осложнений в условиях трофически измененных тканей и наличие воспалительного очага ставят под сомнение целесообразность радикального устранения перфорантной недостаточности. На наш взгляд, найти оптимальный компромисс между достижением безопасности для больного в плане предупреждения перехода тромбоза на глубокие вены через несостоятельные перфорантные вены и минимизацией самого вмешательства позволяет методика SEPS. С ее помощью можно произвести полноценную ревизию субфасциального пространства и целенаправленный поиск тромбированных перфорантных вен, которые не во всех случаях определяют с помощью ЦДС. Ложноотрицательные результаты при ЦДС связаны с трудностью выявления локализации тромбоза перфорантов в условиях прерывания кровотока и выраженной инфильтрации паравазальной клетчатки.

Поздняя обращаемость пациентов с осложненными формами ВБ затрудняет оптимальный выбор объема хирургического лечения. Стандартная флебэктомия на голени в условиях плотного паравазального инфильтрата травматична из-за возможности повреждения лимфатических путей, подкожных нервов и нередко приводит к развитию различного рода раневых осложнений. В то же время предложенная тактика, включающая в себя SEPS и последующую склеротерапию, для данного контингента больных позволяет надежно предупредить переход ВТ на глубокие вены.

### ***Выводы***

1. Тромбоз несостоятельных перфорантных вен у больных с варикозной болезнью, осложненной трофическими нарушениями и варикотромбофлебитом, составляет 25% по данным ЦДС.

2. У больных с декомпенсированными формами ВБ необходимо использовать активную хирургическую тактику с коррекцией макрогемодинамики методом, что позволит предупредить тромбоз глубоких вен и является профилактикой тромбозэмболических осложнений.

3. Предложенная тактика лечения варикотромбофлебита у больных с варикозной болезнью на фоне трофических расстройств позволяет сократить экономические затраты за счет предупреждения развития осложнений, уменьшения койко-дня и сокращения сроков нетрудоспособности.

### **Литература**

1. Бебуришвили А.Г. Острый тромбофлебит в бассейне большой подкожной вены / А.В.Шаталов, А.А.Шаталов // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. — 2004. — №4. — С. 4-8.
2. Гудз І.М. Стратегія лікування гострого тромбофлебіту нижніх кінцівок / Клін. флебологія. — 2009. — Т. 2, №1. — С. 150-151.
3. Гуч А.А. Тромбофлебит варикозно измененных вен нижних конечностей как причина тромбоэмболии ветвей легочной артерии / Клін. хірургія. — 2005. — №4-5. — С. 81.
4. Кириенко А.И. Острый тромбофлебит / А.А.Матюшенко, В.В.Андріяшкін. — М.: Литтера, 2006. — 108 с.
5. Клінічні рекомендації з діагностики та лікування хронічних захворювань вен / Клін. флебологія. — 2010. — Т 3, №1. — С. 6-40.
6. Чернуха Л.М. Сучасні методи діагностики та хірургічного лікування хворих з тромботичними ускладненнями тяжких форм варикозної хвороби нижніх кінцівок / С.П.Шукін, А.О.Гуч // Клін. флебологія. — 2010. — Т. 3, №1. — С. 129-131.

**Т.І.Тамм, О.М.Решетняк, О.П.Захарчук. Мініінвазивні втручання в хірургічному лікуванні варикотромбофлебіту у хворих з варикозною хворобою, ускладненою торофічними порушеннями. Харків, Україна.**

**Ключові слова:** варикотромбофлебіт, варикозна хвороба, неспроможні перфорантні вени, субфасціальна дисекція перфорантних вен.

У статті наведені результати обстеження і хірургічного лікування 28 пацієнтів з варикотромбофлебітом на гоміліці і тяжкими формами варикозної хвороби. Перехід тромбозу з поверхневих вен на перфорантні виявлений у 25% хворих з класом С4-С6 венозної дисфункції згідно з класифікацією СЕАР. Приведено обґрунтування застосування активної хірургічної тактики з втручанням на неспроможних і/або тромбованих перфорантних венах, використовуючи ендоскопічні методи (SEPS). Вибраний підхід корекції макродинаміки дозволив уникнути повторного хірургічного втручання у пацієнтів з пізніми термінами госпіталізації й активною трофіч-

ною виразкою. Тривалість перебування хворого в стаціонарі після операції склала 6-7 днів.

***T. Tamm, O. Reshetniak, A. Zakharshuk. Minimally invasive tenhology in varicothrombophlebitis surgical treatment at patients with heavy forms of varicose disease. Kharkiv, Ukraine.***

***Key words: varicothrombophlebitis, varicose disease, insufficiency perforant veins, Subfascia Endoscopic Perforants Surgery.***

*This article presents the results of examination and surgical treatment of 28 patients with varicothrombophlebitis on a shin and with heavy forms of varicose disease. Spread of thrombosis from superficial veins to perforants was revealed at 25% patients with C4-C6 class of venous dysfunction (CEAP classification). The foundation of application of active surgical treatment with interference in insufficiency perforant veins and/or thrombous, using endoscopic methods (SEPS). The chosen approach macrohaemodynamics correction made possible to avoid the repeated surgical interference for patients with the late terms of hospitalization and active trophic ulcer. The mean hospital stay was 6-7 bed-days.*