

УДК 616.14:617-089  
ББК 54.102  
Б-83

*Борсов Мухамед Хамзатович, руководитель отделения сердечно-сосудистой хирургии Адыгейской республиканской клинической больницы, г. Майкоп, тел.: 8(8772)522771;*

*Михайличенко Максим Викторович, сердечно-сосудистый хирург, аспирант кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «РМАПО» МЗ РФ, тел.: 8(495)4147794.*

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ВАРИКОТРОМБОЗОМ**

(рецензирована)

*Представлен опыт лечения 124 больных с острым варикотромбозом, из которых 104 пациента экстренно оперированы по поводу восходящего тромбоза (у 54 выполнены паллиативные (крессэктомия) и у 50 – радикальные хирургические вмешательства (крессэктомия с сочетанием с флебэктомией или эндовенозной облитерацией большой подкожной вены). Ближайшие и отдаленные результаты подтверждают преимущества радикальных операций.*

*Ключевые слова:* варикотромбоз, флебэктомия, стриппинг, эндовенозная облитерация вен.

*Borsov Mohamed Khamzatovich, head of the Department of Cardiovascular surgery of Adygh Republican Clinical Hospital, Maikop, tel.: 8 (8772) 522771;*

*Mikhailichenko Maxim Viktorovich, a cardiovascular surgeon, post graduate student of the Department of Cardiovascular Surgery of SBEI DPO "RMAPO", Ministry of Health of the RF, tel.: 8 (495) 4147794*

## **SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE VARICOSE THROMBOSIS**

(Reviewed)

*Experience in treatment of 124 patients with acute varicose thrombosis has been presented, of which 104 patients were operated on for extra upward thrombosis (54 were subjected to palliative (crossectomy) and 50 to radical surgery (crossectomy combined with phlebectomy or endovenous obliteration of the great saphenous vein). Nearest and long-term results confirm the benefits of radical surgery.*

*Keywords:* varicose thrombosis, phlebectomy, stripping, endovenous obliteration of veins.

Термин «варикотромбоз» или «варикотромбофлебит» принято употреблять, когда тромботический процесс поражает варикозно-расширенные поверхностные вены нижних конечностей. Чаще всего – это осложнение варикозной болезни, значительно реже – варикозной формы посттромботической болезни. Варикотромбоз является самым распространенным острым сосудистым заболеванием, по поводу которого пациенты обращаются в поликлиники и поступают в хирургические стационары. Частота развития этого осложнения варикозной болезни достигает 30% [2]. На фоне тромбоза поверхностных вен у 10-30% пациентов развивается тромбоз глубоких вен [2]. Наиболее опасны восходящие формы варикотромбоза, когда тромботический процесс распространяется из дистальных отделов конечности в проксимальном направлении [1, 6]. В случае распространения восходящего тромбоза на бедренно-подвздошный венозный сегмент, возникает реальная опасность развития эмболии лёгочных артерий. Именно поэтому F. Felsenreich называл устье большой подкожной вены «инкубатором смертельных эмболий». Сафено-фemorальный тромбоз часто клинически протекает бессимптомно, и при несвоевременной диагностике и запоздалом лечении он может стать причиной летального исхода. Поэтому следует

пересмотреть традиционную точку зрения о доброкачественном течении острого варикотромбоза [2, 4, 7, 8].

**Материал и методы.** В основу работы положен опыт хирургического лечения 124 пациентов больных с варикотромбозом большой подкожной вены, в том числе женщин – 96 (77,4%), мужчин – 28 (22,6%). Возраст больных был от 25 до 68 лет. По международной классификации CEAP степень хронической венозной недостаточности нижних конечностей была: у 53(43%) – С3 класса и у 71 (57%) – С4 класса. По данным дуплексного ангиосканирования верхняя граница тромба была в верхней трети бедра у 88 (71%), в средней трети бедра – у 36 (29%) пациентов. У 12 (9,7%) пациентов тромб проникал в общую бедренную вену.

В экстренном и срочном порядке оперированы 104 пациента с восходящим варикотромбозом, у которых была реальная угроза распространения тромбоза в общую бедренную вену. Для обозначения типа острого восходящего варикотромбоза нижних конечностей использовали классификацию F. Verrel, F. Stollman и соавт. (1998), основанную на распространенности тромба в венозной системе. Хирургическое лечение выполняли пациентам только с I-III типами восходящего варикотромбоза. Больные с распространением тромбоза через перфорантные вены в глубокую венозную систему (IV тип) и симультанным тромбозом глубоких вен из исследования были исключены. Объем вмешательства определяли с учетом распространенности тромбоза в венозной системе, выраженности воспалительного инфильтрата в зоне тромбированных варикозных вен, степени хронической венозной недостаточности пораженной нижней конечности и тяжести общего состояния пациента. Противопоказанием к хирургическому вмешательству был крайне высокий операционно-анестезиологический риск, обусловленный наличием тяжелых заболеваний внутренних органов. Для интраоперационного обезболивания пациентов использовали современные методики местной и внутривенной анестезии. У всех больных была выполнена кроссэктомия (КЭ) из пахового доступа. Первую группу составили 54 (52%) пациентов, которым выполнена только КЭ, у 18 (17%) человек (вторая группа) КЭ выполнялась в сочетании с флебэктомией. Предпочтение отдавали малотравматичной инвагинационной методике бедренного стриппинга, удаляли ствол БПВ от паха до коленного сустава. У 32 (31%) пациентов (третья группа) выполняли КЭ в сочетании с эндовенозной лазерной облитерацией (ЭВЛО) большой подкожной вены, в том числе у 20 человек – до верхней трети голени и у 12 – до нижней трети бедра. Перфорантные вены также подвергали лазерной облитерации. ЭВЛО выполняли на аппарате ЛАМИ производства Опттехника. Варикозно расширенные притоки удаляли по Мюллеру или склерозировали по микропенной методике. У 12 пациентов одновременно выполнена тромбэктомия из устья общей бедренной вены в связи с тем, что тромб проникал в бедренную вену.

У 20 пациентов с локализацией варикотромбоза в средней трети бедра, (по результатам дуплексного ангиосканирования), не было данных за восходящий характер тромбоза, поэтому им был проведен комплекс консервативной терапии: активный режим, эластическое бинтование 10-14 дней круглосуточно, затем медицинский компрессионный трикотаж в дневное время, диклофенак (по 3 мл в/м 2 раза в день в течение 3 дней, затем в свечах 1-2 раза в день в течение 7 дней). Местно – фастум гель, чередуя с лиотон 1000-гель 4 раза в день по 30 минут в течение 3 суток, диосмин в начальной дозировке 3 г в течение 3 дней с последующим снижением дозы до 1 г в сутки в течение 3-4 дней. У 9 (45%) пациентов с сопутствующим тромбозом глубоких вен голени в комплекс консервативного лечения был включен антикоагулянт ксарелто (10 мг 1 раз в сутки в течение 18 дней), после чего в течение 2 месяцев назначали сулодексид. Контроль эффективности хирургического лечения проводили с 1 по 14 сутки в ближайшем послеоперационном периоде, затем через 1, 3, 6 месяцев, при этом оценивали физикальные данные и результаты ультразвукового ангиосканирования вен нижних конечностей. В отдаленном периоде проводили ультразвуковую оценку степени реканализации резидуальных тромбированных варикозно-расширенных вен, клапанной недостаточности и патологического венозного рефлюкса в

системе поверхностных вен нижних конечностей, а также значение выявленных изменений в формировании имеющейся хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Устранение резидуальных варикозно-расширенных вен нижних конечностей в отдаленном послеоперационном периоде осуществляли эхо-контролируемой микропенной склеротерапией.

**Результаты и обсуждение.** В группе больных с острым варикотромбозом БПВ (124) хирургическое лечение проведено у 104 (83,9%) человек, из них паллиативные вмешательства (изолированная КЭ) выполнены у 54 (52%), а радикальные (КЭ в сочетании с флебэктомией или ЭВЛО – у 50 (48%) пациентов. Интраоперационных осложнений не было. После оперативного вмешательства у 2 (3,7%) пациентов 1 группы (после кроссэктомии), у 1 больного 2 группы произошла тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Источником ТЭЛА был в одном случае восходящий тромбоз на контрлатеральной конечности и еще в одном – дистальный тромбоз глубоких вен одноименной конечности). В группе неоперированных больных ТЭЛА развилась у 1 пациента из флотирующего тромба ПБВ контрлатеральной конечности. Все случаи развития ТЭЛА в послеоперационном периоде связаны с недостаточным объемом дооперационного обследования. Местные осложнения после операции (нагноение, кровотечение и лимфоррея) в целом, по всем группам отмечены у 10 (9,6%) больных, при этом, в 1 группе – у 4 (7,4%), во 2 группе – у 4 (22,2%), в 3 группе – у 2 (6,2%). Тромбоз глубоких вен голени на оперированной конечности развился только в 1 группе – у 2 (3,7%) и во 2 группе – у 2 (11,1%). Сравнительный анализ результатов методов хирургического лечения острого восходящего варикотромбоза в исследуемых группах показал очевидные преимущества в группе, в которой выполнялись радикальные хирургические вмешательства. Так, во 2 и 3 группах пациентов разрешение местных симптомов заболевания происходило достоверно раньше, чем в 1 группе, что позволило им уменьшить длительность пребывания пациентов в стационаре и сократить сроки послеоперационного амбулаторного лечения. Напротив, пациентам 1 группы после паллиативного хирургического вмешательства для купирования симптомов местного воспаления требовалось значительно больше времени, при этом в течение 1-3 месяцев в проекции резидуальной тромбированной варикозной вены, как правило, определялся плотный тяж. При контрольном ультразвуковом исследовании, выполненном через 6 месяцев после хирургического лечения отмечено снижение частоты рецидивов заболевания в группе пациентов, оперированных радикально. У пациентов после перенесенной кроссэктомии (1 группа) в отдаленные сроки отмечалось: прогрессирование варикозной болезни в 22,4%, преобладали пациенты с классом ХВН С3. У пациентов 2 и 3 групп во всех случаях наблюдается ХВН 1-2 классов. Однако лучший косметический эффект отмечен в 3 группе (после ЭВЛО). Основным этапом радикальной флебэктомии было удаление ствола тромбированной подкожной вены (стриппинг). При отсутствии инфильтрата, стриппинг произвели до уровня нижней трети бедра или верхней трети голени.

Использование инвагинационной методики стриппинга показало очевидные преимущества в сравнении со способом флебэктомии по Бэбкокку. Итак, основными задачами при лечении острого варикотромбоза являются:

- предотвращение распространения тромбоза на глубокие вены, профилактика ТЭЛА;
- купирование воспалительных явления в окружающих вену тканях;
- профилактика рецидива тромбоза, т.е. устранение первопричины – варикозной болезни. В амбулаторных условиях могут лечиться только пациенты, у которых тромботический процесс локализуется в системе большой подкожной вены и не выходит за пределы голени. В этом случае риск распространения на глубокие вены минимален и показана консервативная терапия и динамическое наблюдение хирурга (с обязательным повторным проведением УЗАС для уточнения реальной границы тромба и исключение его нарастания).

В экстренной госпитализации в хирургический стационар нуждаются пациенты с восходящим тромбофлебитом ствола большой подкожной вены (распространяющимся за

пределы голени или возникшим на бедре) и ствола малой подкожной вены, а также при сочетании тромбофлебита с симптомами тромбоза глубоких вен и/или ТЭЛА. В подобных ситуациях очень высока угроза распространения процесса на глубокие вены и развития тромбэмболии легочной артерии, поэтому показано экстренное оперативное лечение. Острый восходящий варикотромбоз необходимо рассматривать как ургентное хирургическое заболевание, требующее неотложной госпитализации в хирургический стационар (по возможности в сосудистое отделение). Основная задача хирурга при остром восходящем тромбозе БПВ – срочно разобщить БПВ (МПВ) с бедренной веной. По мнению большинства авторов [2, 5, 8] при наличии условий целесообразно выполнять радикальную операцию по поводу основного заболевания – варикозной болезни с использованием миниинвазивных технологий.

#### **Литература:**

1. Затевахин И.И., Золкин В.Н., Мельниченко А.Ю., Пайзулаев М.Г. Отдаленные результаты тромбэктомии у больных с флотирующим илио-фemorальным тромбозом // Материалы Третьего Международного хирургического конгресса. 2008. С. 285-286.
2. Кириенко А.И., Леонтьев С.Г., Лебедев И.С., Селиверстов Е.И. Лечение тромбоза в системе нижней полой вены. Как избежать ошибок? / Ангиология и сосудистая хирургия. 2007. Т. 13, №4. С. 99-102.
3. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М.: Медицина, 2004.
4. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И., и др. Флебология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2001.
5. Сон Д.А. Радикальное хирургическое лечение острого варикотромбофлебита: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005.
6. Шаталов А.В. Острый варикотромбофлебит: диагностика и хирургическое лечение: авторефер. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2007.
7. Швальб П.Г. Реальная эмбологенность тромбозов вен нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. 2004. №2. С. 81.
8. Шевченко Ю.Л. Основы клинической флебологии. М.: Медицина, 2005. 312 с.

#### **References:**

1. Zatevakhin I.I., Zolkin V.N., Melnichenko A.Y., Payzulaev M.G. Long-term results of thrombectomy in patients with floating ilio-femoral thrombosis // Proceedings of the Third International Congress of surgery. 2008. P. 285-286.
2. Kiriyenko A.I., Leontev S.G., Lebedev I.S., Seliverstov E.I. Treatment of thrombosis in the inferior vena cava. How to avoid mistakes? / Angiology and Vascular Surgery. 2007. V. 13., № 4. P. 99-102.
3. Pokrovsky A.V. Clinical Angiology. M.: Medicine, 2004.
4. Savelyev B.C., Gologorsky V.A., Kiriyenko A.I. Phlebology: A Guide for Physicians. M.: Medicine, 2001.
5. Sohn D.A. Radical surgical treatment of acute varicose thrombo-phlebitis: abstr. diss. ... Cand. of Medicine. M., 2005.
6. Shatalov A.V. Acute varicose thrombo-phlebitis: diagnosis and surgical treatment: abstr. of diss. ... Dr. of Medicine. M., 2007.
7. Shvalb P.G. Real embologenity of venous thrombosis of lower extremities // Angiology and Vascular Surgery. 2004. № 2. P. 81.
8. Shevchenko Y.L. Fundamentals of clinical phlebology. M.: Medicine, 2005. 312 p.