

УДК 616.14–002

Сучасні методи діагностики та комплексного хірургічного лікування хворих із гострими тромбозами вен таза та тромбофлебитами поверхневих вен нижніх кінцівок (за матеріалами хірургічного відділення Дорожньої клінічної лікарні № 1 на станції Київ)

*М. А. Ващенко, Ю. М. Безпалько, Г. С. Морський, Б. В. Давидюк, О. В. Никонюк,
В. З. Брагин, І. О. Михайлик, Р. О. Бабочкін, М. В. Томінець*

Дорожня клінічна лікарня № 1 на станції Київ Південно-Західної залізниці

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, дуплексне сканування, гострий тромбоз вен, тромбофлебіт поверхневих вен, рефлюкс крові, емболія легеневої артерії.

Гострі та хронічні захворювання системи нижньої порожнистої вени — одна з важливих проблем сучасної судинної хірургії. Актуальність цієї проблеми зумовлена поширеністю і значним зростанням частоти виявлення цієї патології у багатьох розвинених країнах світу, що вимагає розробити методи діагностування, профілактики та лікування цих тяжких хворих.

Із розвитком судинної хірургії майже в усіх обласних і великих індустріальних центрах України відкрилися судинні відділення. Проте нині не повністю розкрито й використано можливості оперативного лікування хворих із гострою та хронічною непрохідністю глибоких вен нижніх кінцівок і таза [5, 6]. Незважаючи на те, що розроблено оперативні методи лікування хворих на ранніх стадіях тромбозу й досягнуто успіхів у консервативній терапії, у разі неефективності лікування нерідко розвивається посттромботичний синдром [2, 6]. Хірург у своїй практичній роботі не має чітких рекомендацій щодо показів та вибору методу оперативного лікування хворих з оклюзіями глибоких вен системи нижньої порожнистої вени [4, 6].

Слід відзначити, що у жінок часті пологи, піднімання важких предметів, мішків із білизною, у чоловіків — великих вантажів без допомоги пристроїв стають причиною розширення підшкірних вен нижніх кінцівок та виникнення гострого запалення. Тривале перебування хворого у вертикальному положенні, фізичні перевантаження, нервові перенапруження та інші чинники призводять до розширення венозних магістралей нижніх кінцівок. Із утрудненням венозного кровотоку порушуються мікроциркуляція й обмін ре-

човин у тканинах, що призводить до трофічних змін та некрозу тканини стопи та гомілки [5, 6].

Судинні хірурги спостерігають висхідний тип тромбозу глибоких вен із гомілкових та стегнових вен і низхідний тип — із клубових вен униз на стегнові та підколінну вени й нижче [1–3]. У перебігу захворювання вирізняють періоди компенсації і декомпенсації венозного кровотоку, насамкинець — період настання ускладнень [3].

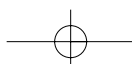
Мета дослідження — визначити клінічні та інструментальні методи обстеження, потрібні для вибору оптимальних способів хірургічного лікування названої категорії хворих.

Матеріал і методи дослідження

Ми проаналізували результати комплексного обстеження й оперативного лікування 156 хворих на гострий тромбоз вен таза і тромбофлебіт поверхневих вен нижніх кінцівок — працівників залізничного транспорту, що лікувалися в хірургічному відділенні ДКЛ № 1 на ст. Київ з 2001 по 2005 рр. Чоловіків було 60 (38,46%), жінок — 96 (61,54%). Вік хворих від 35 до 67 років.

У 96 (61,54%) хворих гострий тромбофлебіт виник на лівій, у 60 (38,46%) — на правій нижній кінцівці. Гострий тромботичний процес починався на рівні гомілки у 80 (51,3%) осіб, на рівні стегна — у 76 (48,7%). У 16 (10,2%) хворих тромботичний процес поширився на стегнові та клубові вени. Межа справжнього тромбозу у великій підшкірній вені нижньої кінцівки була на 10–16 см вище від визначеної під час пальпації межі перифлебітичного інфільтрату.

Дотримуючись тактики раннього виявлення хворих на тромбофлебіт варикозно розширеної





великої підшкірної вени ноги, ми виконували операції без спеціального медикаментозного підготування. Хворих упродовж 1–2 діб обстежували клінічно. Виявивши поширення тромбозу на клубові вени, проводили ультразвукове дуплексне сканування судин нижніх кінцівок. Локалізація тромботичного процесу у венах середньої або верхньої третини стегна була показом до невідкладної операції.

Через косий розріз у верхній третині стегна нижче пахвинної зв'язки пошарово відокремлювали від прилеглих тканин велику підшкірну вену, брали її на нитку. Після поперечного розрізу вени перевіряли сафенофemorальне сполучення, за наявності тромбів їх вилучали на висоті проби Вальсальви до отримання зворотного кровотоку. Якщо не було отримано кровотоку із клубових вен, у їхній просвіт вводили спеціальний зонд «Север», після роздуття повітрям витягували його до себе й видаляли рештки тромботичних мас. Цей зонд можна було вводити вгору на 15–20 см із подальшим видаленням тромбів. У ліктьову вену перед цією маніпуляцією вводили 1 мл (5000 ОД) гепарину, у просвіт вени стегна — 20–30 мл 0,9% розчину хлориду натрію з 5000 ОД гепарину.

У подальшому на куску великої підшкірної вени стегна накладали судинний затискач і перев'язували всі вени, що впадають у загальну стегонову вену, робили кінцевий гемостаз і прошивали куску великої підшкірної вени. Периферійний відділ підшкірної вени видаляли спеціальним зондом Бебкокка, а частину зональних вен стегна та гомілки вилучали за Наратом тунельним методом. За наявності пронизних вен на гомілці та стегні їх перев'язували з окремих розрізів над фасцією методом Кокетта.

Підозра на поширення тромботичного процесу на стегонові та клубові вени була показом до висхідної флебографії нижньої кінцівки, яка необхідна для вибору методу оперативного доступу.

У 8 (5,1%) хворих виявили тромби в стегонових та клубових венах. Виконуючи ревізію стегонових вен з латерального доступу на верхній третині стегна (завдовжки 10–15 см) після їхнього відокремлення і пальпації, визначали наявність тромботичних мас у цих венах. Далі для запобігання інтраопераційній емболії легеневої артерії із стегонових вен операцію продовжували з позаочеревинного доступу за М. І. Пироговим (10–15 см) із відокремлення клубових вен вище та нижче за внутрішню клубову вену і здійснювали тимчасову оклюзію за допомогою гумового турнікету. Розрізали велику підшкірну вену стегна і видаляли тромби кільцем Вольмара або зондом «Север». Далі тромботичні маси із підколінної та стегонових вен видаляли методом компресійного масажу або

методом згинання й розгинання кінцівки в колінному суглобі. Гумовий турнікет знімали з клубових вен, венозне русло промивали 50–60 мл фізіологічного розчину хлориду натрію з гепарином. Рану вени зашивали атравматичною голкою 5,0 або 6,0 фірми «Eticon».

Далі хірургічне втручання проводили шляхом видалення варикозно розширених вен із перев'язуванням недостатніх пронизних вен. Операцію закінчували зашиванням ран, дренажуванням ранових порожнин із накладанням асептичних пов'язок, еластичним бинтуванням обох нижніх кінцівок.

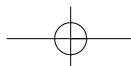
Названі операції виконували під загальним закисно-кисневим наркозом із застосуванням нейролептоаналгезії. Останні 2–2,5 року операції виконуємо під спинномозковою анестезією 2% розчином лідокаїну.

У хірургічному відділенні виконано такі оперативні втручання: веноектомія за Бебкокком — Наратом — Кокеттом — у 138 (88,5%) хворих, веноектомія за Бебкокком із тромбоектомією із стегонових і клубових вен за допомогою зонда «Север» — у 10 (6,4%), тромбоектомія із стегонових та клубових вен — у 8 (5,1%) хворих.

Після операції рекомендуємо ранній активний режим з урахуванням стану хворого.

Протягом 2–3 днів після операції призначали бутадіон або ацетилсаліцилову кислоту. Вставати й ходити дозволяли хворим на перший або другий день після операції. У разі тромбозу в ділянці сафенофemorального сполучення, а також після видалення вільного тромбу стегонових або клубових вен дозволяли хворим ходити на третій або четвертий день після операції з обов'язковим бинтуванням обох нижніх кінцівок еластичними бинтами.

Лікування цих хворих починали з призначення антибіотиків широкого спектра дії впродовж 4–5 днів, протизапальних препаратів, дезагрегантів («Курантил», нікотинова кислота 1%) дом'язово протягом 5–7 днів, препаратів для поліпшення реологічних властивостей крові («Реополіглюкін», «Реосорбілакт») у добовій дозі 400–600 мл — 7–8 днів. Хворим на гострий тромбоз стегонових та клубових вен призначали прямі антикоагулянти — гепарин по 5000 ОД 4–6 разів на добу. Перед операцією тромбоектомії — за 30–60 хв до неї вводили 0,5 мл (2500 ОД) гепарину підшкірно, під час операції — 1 мл гепарину довенно. Після закінчення операції 1 мл (5000 ОД) гепарину вводили через кожні 3–4 год. На другу добу після тромбоектомії із клубових та стегонових вен гепарин призначали 4–6 разів під контролем часу зсідання крові, далі поступово знижували дозу гепарину протягом 7–8 діб. Останніми роками з'явилися





низькомолекулярні гепарини, їх призначали упродовж 7–8 діб («Фраксипарин» по 0,1 мл на 10 кг маси тіла — 2 рази на добу, або «Фрагмін» по 120 мг на 1 кг маси тіла — кожні 12 год, або «Клексан» по 1 мг на 1 кг маси тіла — через 10–12 год).

Із зниженням дози гепарину хворим призначили непрямі антикоагулянти: ацетилсаліцилову кислоту по 0,25 мг 2 рази на добу, або «Синкумар» по 1/2 табл. 2 рази на добу, або «Фенілін» по 30 мг 1–2 рази на добу, або «Варварин» 5 мг 1 раз на добу під контролем протромбінового індексу (не нижче 50 %).

Хворих, яким виконано веноектомію, виписували на амбулаторне лікування на 6–8-й день. Хворих після операції тромбоектомії із стегнових та клубових вен — на 18-ту — 21-шу добу після операції для профілактики емболії легеневих артерій. Цим пацієнтам рекомендували еластично бинтувати обидві нижні кінцівки впродовж 3–6 місяців, приймати непрямі антикоагулянти і вено-тоніки протягом 4–6 місяців під контролем протромбінового індексу і під наглядом судинного хірурга.

Завдяки такому диференційованому підходу до лікування цієї категорії хворих автори отримали добрі наслідки лікування в 102 (65,4%) осіб і задовільні — у 54 (34,6%). Смертельних випадків не було. У стаціонарі лікарні хворі перебували в середньому 12,5 доби.

Заходом профілактики подальших ускладнень має бути диспансерний нагляд за хворим, спостереження за умовами праці, періодично — 1–2 ра-

зи на рік — медикаментозна терапія в стаціонарі, а також лікування в умовах санаторно-профілактичного закладу (Немирів, Хмільник, Любінь Великий, Моршин, Трускавець, Куяльник, Борислав тощо). Таке спостереження за хворим допоможе досягти ремісії запального тромботичного процесу, поліпшити наслідки лікування, відновити працездатність, усунути явища інвалідизації.

Висновки

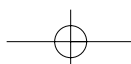
1. Усім хворим на гострий тромбофлебіт, що перебувають у стаціонарі, потрібно проводити детальне клінічне обстеження, обов'язково виконати ультразвукове дуплексне сканування судин, а в разі поширення запального тромботичного процесу на стегнові та клубові вени — вертикальну висхідну флебографію, щоб визначити рівень тромботичного процесу та виявити вільний тромб.

2. Радикальним методом лікування гострого тромбофлебіту варикозно розширених вен стегна та гомілки є операція веноектомії — видалення зміненої великої підшкірної вени, пронизних вен стегна та гомілки й перев'язування їх над фасцією.

3. Якщо тромбоз поширився на стегнові та клубові вени, потрібно в ранній період виконати хірургічне втручання — тромбоектомію з цих вен, після чого провести інтенсивне лікування із застосуванням прямих антикоагулянтів і препаратів, що поліпшують реологію крові, зменшують явища інтоксикації організму й запобігають розвитку значних ускладнень.

Цитована література

1. Даудярис Й. П. Болезни вен и лимфатической системы конечностей.— М.: Медицина, 1984.— 191 с.
2. Клемент А. А. Хирургическое лечение вен, конечностей / А. А. Клемент, А. Н. Введенский.— Л.: Медицина, 1976.— 295 с.
3. Покровский А. В. Клиническая ангиология.— М.: Медицина, 1979.— 367 с.
4. Профилактика венозных тромбозов и эмболий / В. Ф. Саенко, М. В. Костылев, В. Й. Смержевский, Ю. В. Поляченко.— К.: Аконтит, 2003.— 204 с.
5. Рецидив варикозной болезни / М. П. Вилянський, Н. В. Проценко, В. В. Голубев, Р. И. Енукашвили.— М.: Медицина, 1988.— 175 с.
6. Шалимов А. А. Хирургия вен / А. А. Шалимов, И. И. Сухарев.— К.: Здоров'я, 1984.— 255 с.





**Современные методы диагностики и комплексного хирургического лечения
больных с острыми тромбозами вен таза
и тромбозами поверхностных вен нижних конечностей
(по материалам хирургического отделения
Дорожной клинической больницы № 1 на станции Киев)**

*М. А. Ващенко, Ю. М. Безпалько, Г. С. Морский, Б. В. Давидюк, О. В. Никонюк, В. З. Брагин,
И. А. Михайлик, Р. А. Бабочкин, М. В. Томинец*

Проанализированы результаты комплексного обследования и оперативного лечения 156 больных с острыми тромбозами вен таза и тромбозами поверхностных вен нижних конечностей — работников железнодорожного транспорта. Уточнение клинического диагноза авторы проводили на основе клинических проявлений заболевания, особенностей его течения и данных инструментальных методов обследования. Разработаны показания и определены методы оперативного лечения этих больных. Благодаря дифференцированному подходу к лечению авторами получены хорошие результаты у 65,4% больных, удовлетворительные — у 34,6%. Смертельных исходов не было. Разработаны меры профилактики грозных эмболических осложнений.

**The modern methods of diagnostic and complex surgical treatment
of patients with acute thrombosis of pelvic veins and thrombophlebitis
of superficial veins of the lower extremities (on the basis of the materials
obtained in the Surgical Department of the Clinical Hospital № 1 of Kyiv Station)**

*M. A. Vaschenko, Yu. M. Bezpal'ko, H. S. Mors'kyi, B. V. Davydiuk, O. V. Nykoniuk, V. Z. Brahyn,
I. O. Mykhailik, R. O. Babochkin, M. V. Tominets'*

The analysis has been made for the complex examination and surgical treatment of 156 railroad workers suffering from acute thrombosis of pelvic veins and thrombophlebitis of superficial veins of the lower extremities. The exacted diagnosis was made by the authors on the basis of clinical disease manifestations, peculiarities of its course and data of instrumental methods of examination. The indications and methods of surgical treatment for these patients have been worked out. Due to the differentiated approach applied by the authors, good results of treatment were obtained in 65,4% and satisfactory results in 34,6% of patients. There wire no lethal outcomes. The methods of prophylaxis of severe embolic complications have been worked out.

