

Результаты хирургического лечения восходящего поверхностного тромбофлебита нижних конечностей

А. В. Пешков, С. А. Чукин, С. В. Корелин

Резюме

Авторы статьи рассматривают восходящий тромбофлебит нижних конечностей как проблему экстренной сосудистой хирургии. В статье приводится анализ результатов хирургического лечения восходящего поверхностного тромбофлебита нижних конечностей в зависимости от выбранной тактики: одномоментная флебэктомия, изолированная кроссэктомия, двухэтапное хирургическое лечение.

Ключевые слова: поверхностный тромбофлебит, хирургическое лечение.

Восходящий тромбофлебит нижних конечностей является едва ли не самым распространенным ургентным заболеванием в современной флебологии, с которым приходится иметь дело не только сосудистым хирургам, но и врачам общей практики [1–4]. Уже не вызывает сомнения необходимость лечения данного контингента больных в стационаре, однако подходы к объему оперативного вмешательства до сих пор остаются дискуссионными [6–9, 12]. Кажущаяся простота диагностики и лечения данного контингента больных позволяет большому количеству практикующих врачей считать данное заболевание неопасным, протекающим доброкачественно и редко дающим осложнения. Однако, недооценка состояния глубоких магистральных вен обеих нижних конечностей и вовлеченность в патологический процесс поверхностных вен обеих систем (малой и большой подкожных вен) может привести к выбору неправильной тактики лечения и неадекватности выбранного хирургического вмешательства [1, 3, 8].

Целью исследования было изучение результатов хирургического лечения поверхностного тромбофлебита нижних конечностей в условиях специализированного стационара.

В основу работы положен опыт хирургического лечения 395 пациентов с восходящим поверхностным тромбофлебитом нижних конечностей,

находившихся на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии МУ ГКБ № 14 г. Екатеринбурга в период с 2000 по 2005 гг.

Большинство больных — 249 (63%) были женщинами. Пациенты в возрасте до 60 лет, т.е. трудоспособное население, составляли 67,1%. Это является свидетельством большой социально-экономической значимости обсуждаемой проблемы.

Все больные страдали варикозной болезнью нижних конечностей с поражением бассейна большой подкожной вены (БПВ) и наличием С 2–3 классов хронической венозной недостаточности (ХВН).

В отношении пациентов с восходящей формой поверхностного тромбофлебита в отделении принята активная хирургическая тактика. Всего за указанный период лечение прошли 489 больных, изучаемая группа из 395 оперированных пациентов составила 80,8%. Все выполняемые оперативные вмешательства отнесены нами к методам хирургической профилактики тромбоземболии в систему легочной артерии (ТЭЛА).

Показанием к их выполнению считали расширение проксимальной границы тромботического процесса по БПВ до средней трети бедра и выше. Применялись такие вмешательства как изолированная кроссэктомия и флебэктомия с иссечением тромбированных вен. Выбор метода оперативного вмешательства осуществлялся индивидуально с учетом статуса пациента, сопутствующей соматической патологии, степени ХВН конечностей.

В последние годы, в связи повышенными требованиями не только к эффективности операции, но и к ее косметическому результату,

Пешков Андрей Владимирович — врач отделения хирургии сосудов ГКБ № 14, г. Екатеринбург.

Чукин Сергей Алексеевич — к. м. н., врач отделения хирургии сосудов ГКБ № 14, г. Екатеринбург.

Корелин Сергей Викторович — к. м. н., ангиохирург ГКБ № 41, г. Екатеринбург.

преимущественно применяли двухэтапную схему хирургического лечения пациентов с данной патологией: в первый этап производили кроссэктомия, в отсроченном периоде выполняли флебэктомию.

В изучаемый период одномоментная флебэктомия с иссечением тромбированных вен выполнена лишь у 33 больных (8,3%), а в 362 случаях (91,7%) с целью ликвидации угрозы развития тромбоэмболических осложнений первым этапом оперативного лечения была кроссэктомия. При распространении тромботического процесса через сафено-фemorальное соустье (СФС) в общую бедренную вену оперативное вмешательство дополнялось тромбэктомией из бедренной вены.

Всего тромбэктомия из глубоких вен в зоне СФС была выполнена в 112 случаях, что составляет 28,3% от числа всех оперированных больных. В 11 случаях имелся флотирующий тромбоз голено-бедренного сегмента, что послужило показанием к выполнению перевязки поверхностной бедренной вены. Таким образом, почти каждое третье вмешательство по поводу восходящего поверхностного тромбофлебита было дополнено тромбэктомией из глубоких вен.

Ближайшие результаты хирургического лечения восходящего поверхностного тромбофлебита расценивались как удовлетворительные при отсутствии развития ТЭЛА либо рецидива ТЭЛА и как неудовлетворительные при зафиксированных случаях тромбоэмболических осложнений.

Отдаленные результаты лечения были изучены у 124 пациентов, что составило 31,4%. Сроки наблюдения варьировали от 8 до 46 месяцев. Все больные были разделены на три группы:

- первая группа — 49 пациентов, которым была выполнена только кроссэктомия;
- вторая группа — 32 пациента, которым была применена двухэтапная схема хирургического лечения;
- третья группа — 27 пациентов с одномоментной флебэктомией.

Программа исследования состояла из клинического осмотра, ультразвукового дуплексного сканирования вен нижних конечностей и анкетирования, при котором изучалось изменение качества жизни пациентов после хирургического лечения восходящего поверхностного тромбофлебита.

Всего ТЭЛА у больных с восходящим поверхностным тромбофлебитом была нами диагностирована в 10-ти случаях, что составило 2,53% от оперированных пациентов. Необходимо отметить, что благодаря активной хирургической тактике ведения больных с изучаемой

патологией и применению ультразвуковых методов диагностики удалось значительно снизить частоту тромбоэмболических осложнений по сравнению с периодом 1988–1990 гг., когда частота подобных осложнений составляла с 10,8%.

В 4-х случаях ТЭЛА произошла на догоспитальном этапе, при этом у троих пациентов имелся флотирующий тромбоз общей бедренной вены, исходивший из БПВ В 1-ом случае источником эмболии был флотирующий тромбоз поверхностной бедренной вены (ПБВ) на одноименной конечности.

У 6-ти пациентов тромбоэмболические осложнения развились после оперативного вмешательства. У 5-ти больных — после кроссэктомии со следующими основными причинами:

- источник эмболии не выявлен — 3 случая;
- восходящий тромбофлебит на контрлатеральной конечности — 1;
- дистальный тромбоз глубоких вен одноименной конечности — 1.

У 1-го пациента осложнение зарегистрировано после флебэктомии. При этом, ультразвуковое ангиосканирование вен выявило восходящий тромбофлебит и флотирующий тромбоз ПБВ контрлатеральной конечности.

Считаем, что все случаи развития ТЭЛА в послеоперационном периоде связаны с недостаточным объемом дооперационного обследования (невозможность выполнения ультразвукового исследования венозного русла нижних конечностей) и неадекватной антикоагулянтной терапией.

В отдаленные сроки при ультразвуковом дуплексном сканировании выявлено, что у всех пациентов с оставленным стволом БПВ (изолированная кроссэктомия) наблюдается его реканализация, сопровождающаяся наличием рефлюкса на всем протяжении магистральной вены.

У пациентов 1 группы (после перенесенной кроссэктомии) с исходным преобладанием ХВН С3 класса (81,6%) отмечалось прогрессирование основного заболевания в 22,4% случаев. Больные, перенесшие флебэктомию в отдаленном периоде, имели С1 класс ХВН. При этом, лучший косметический эффект отмечали пациенты после двухэтапного хирургического лечения.

Анализ отдаленных результатов лечения пациентов с восходящим поверхностным тромбофлебитом указывает на необходимость выполнения не только хирургической профилактики ТЭЛА в остром периоде заболевания в виде кроссэктомии. Эти больные нуждаются также в проведении радикального хирургического вмешательства. Считаем, что всем пациентам после перенесенной кроссэктомии по поводу восходящего тромбофлебита на фоне варикозной болезни в отдаленном периоде показано

проведение флебэктомии. Двухэтапная схема оперативного лечения при поверхностном тромбозе сравнима по эффективности и безопасности с одномоментной флебэктомией, но

превосходит ее по косметичности. Любое оперативное вмешательство должно производиться только после ультразвукового обследования венозного русла нижних конечностей.

Литература

1. Бендерский Ю. Д. Лечение острых поверхностных тромбозов нижних конечностей [автореф. дисс... канд. мед. наук]. Ижевск; 1991.
2. Ермолаев В. Л., Шурыгина Е. П., Меняйленко О. Ю. Тромбозы поверхностных вен нижних конечностей: тактика, лечение, ближайшие результаты. Здоровоохранение Урала. 2003; 7: 54–56.
3. Кохан Е. П., Заварина И. К. Избранные лекции по ангиологии. Москва. Наука; 2000: 384.
4. Кириенко А. И., Кошкин В. М. Консервативное лечение тромбозов поверхностных вен нижних конечностей. Терапевтический архив. 1995; 67(4): 53–55.
5. Макаров О. В., Кириенко А. И., Озолина Л. А. Тромбозы поверхностных вен нижних конечностей в акушерской практике. Российский Медицинский Журнал. 1996; 1: 39–44.
6. Макарова Н. П. Клиника и оперативное лечение тромбозов. [автореф. дисс... канд. мед. наук]. Свердловск; 1960.
7. Намашко М. В. Лечение острого тромбоза варикозно-расширенных подкожных вен нижних конечностей. Хирургия. 1998; 8: 34–35.
8. Савельев В. С. Флебология: Руководство для врачей. М. Медицина; 2001: 664.
9. Жмельникер С. М. Тактика хирурга при восходящем тромбозе подкожных вен нижних конечностей. В кн.: Ангиохирургическая помощь в условиях крупного индустриального региона. Свердловск; 1990: 156–160.
10. Bilancini S., Lucchi M. Are superficial venous thromboses polymorphous? / Phlebologie. 1999; 52: 41–43.
11. Blumenberg R.M., Barton E., Gelfand M.L. et al. Occult deep venous thrombosis complicating superficial thrombophlebitis. J. Vasc. Surg. 1998; 27 (2): 338–343.
12. Krause U., Kock H. J., Kroger K. et al. Prevention of deep venous thrombosis associated with superficial thrombophlebitis of the leg by early saphenous vein ligation. Vasa. 1998; 27 (1): 34–38.

Современные взгляды на роль, место и техническое выполнение реконструктивных операций на легочной артерии при центральном немелкоклеточном раке легкого

А. А. Фокин, А. В. Важенин, И. О. Панов, А. А. Лукин, О. С. Терешин

Резюме

Основным радикальным методом лечения немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) остается хирургический, при этом, он может быть эффективным только у больных с ранними стадиями заболевания. Однако большинство больных к моменту установления диагноза уже имеют распространенный процесс ($T_{1-3}N_{1,2}M_0$). Поэтому в стадиях IIВ, III в силу необходимости соблюдения радикализма приходится выполнять комбинированные операции с резекцией соседних органов из-за их истинного прорастания опухолью или ее интимного прилегания. Это относится и к легочной артерии (ЛА).

До сих пор в литературе не рассматриваются технические аспекты реконструктивных операций на ЛА при раке легкого, ведение больных в периоперационном периоде, недостаточно описаны осложнения таких операций, а также сохранение функции ЛА в отдаленном периоде в сопоставлении с онкологическими результатами.

За 20-летний период (1985–2005) в отделениях торакальной и сосудистой хирургии Челябинского областного онкодиспансера произведено 38 вмешательств по поводу центрального НМРЛ. Во всех случаях была произведена лобэктомия с резекцией ЛА (краевая резекция — 28, циркулярная — 10), выполнено 37 ушиваний ЛА и 1 реконструкция артерии заплатой. Умерло 6 больных (15,8%). Послеоперационные осложнения наблюдали у 9 (23,7%) больных.

Ключевые слова: центральный немелкоклеточный рак легкого, резекция легочной артерии, органосохраняющие операции.

Фокин Алексей Анатольевич — проф., ректор Уральской медицинской академии дополнительного образования, зав. каф. неотложной медицины, г. Челябинск.

Заболеваемость населения раком легкого (РЛ) за последние 50 лет резко возросла во многих странах мира. В настоящее время в большинстве развитых стран эта патология являет-