

На правах рукописи

ПЕШКОВ АНДРЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО
ТРОМБОФЛЕБИТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ
ТРОМБОЗА ПОВЕРХНОСТНЫХ И ГЛУБОКИХ ВЕН**

14.00.27 - хирургия

14.00.44- сердечно-сосудистая хирургия

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», на базе Муниципального учреждения «Городская клиническая больница №14»

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор

Макарова Нина Петровна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Золкин Владимир Николаевич

доктор медицинских наук, доцент

Галимзянов Фарит Вагизович

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится « 23 » июня 2009 г. в 12-00 на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.01, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д.3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава (620028, г. Екатеринбург, ул. Ключевская, 17), а с авторефератом на сайте академии www.usma.ru

Автореферат разослан « ____ » мая 2009 г.

Ученый секретарь
совета по защите докторских диссертаций
доктор медицинских наук, профессор



Руднов В.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Проблеме острого поверхностного тромбофлебита нижних конечностей посвящено большое количество научных исследований (Кириенко А.И. и др., 2006; Шаталов А.В., 2006; Середицкий А.В., 2005; Савельев В.С. и др., 2001; Альбицкий А.В. 1994), но до сих пор она не теряет своей актуальности. Связано это в первую очередь с тем, что человечество, перешагнув в XXI век, не избавилось от такой патологии как хроническая венозная недостаточность. Около 50% трудоспособного населения развитых стран поражено данным недугом, в России этот контингент больных составляет около 35 млн. человек, при этом у каждого пятого-шестого пациента на фоне варикозного расширения поверхностных вен развивается варикотромбофлебит (Середицкий А.В., 2005; Суковатых Б.С., 2003).

Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей является самой частой причиной острой сосудистой патологии, требующей госпитализации, как в специализированные, так и общехирургические отделения (Баранов Г.А., 2004; Савельев В.С., 2001; F. Stollmann, B. Steckmeier, 1999). Специфика восходящего тромбофлебита поверхностных вен, независимо от того, возникает ли он на почве варикозной болезни или в неповрежденных венах, заключается в непрогнозируемости его течения (Швальб П.Г., 2002).

Восходящие формы поверхностного тромбофлебита реально угрожают распространением тромбоза на глубокие вены и развитием тромбоэмболии лёгочных артерий (ТЭЛА). Распространённость тромбоза глубоких вен на фоне тромбофлебита поверхностных вен на основе ЦДС составляет от 10% (Савельев В.С., 2001) до 30% (Gillet J.L., 2001; Bilancini S., 1994; Barrellier M.T., 1993; Jorgensen J.O., 1993). По данным M. Perrin, Gillot J.L., 2003 в 57,6% случаев поражение глубоких вен обусловлено

распространением тромбов по перфорантным венам голени, через сафенофemorальное или сафенопоплитеальное соустье.

Клинически проявляющаяся ТЭЛА, диагноз которой подтверждён сцинтиграфией лёгких, у больных тромбофлебитом поверхностных вен составляет в среднем 5,4% (M. Perrin, Gillot J.L., 2003). В 52,6% случаев ТЭЛА наблюдается при сочетании тромбофлебита поверхностных и глубоких вен. Распространённость бессимптомной ТЭЛА, выявленной с помощью сцинтиграфии лёгких у больных с поверхностным тромбофлебитом в исследованиях Bosson J.L., 1992 и Verlato F., 1999 составила 33,3 и 49% соответственно.

Вопрос о хирургической тактике при поверхностном тромбофлебите остаётся до конца нерешённым (Кириенко А.И., 2003, 2006). Упреждающий тяжёлые осложнения подход к лечению поверхностных тромбофлебитов не менее актуален, чем его радикальное хирургическое лечение. В настоящее время имеется большое количество сторонников как одномоментного (Кириенко А.И., 2004; Кузнецов Н.А. с соавт., 2004; Матюшенко А.А., 2003; Савельев В.С., 2001), так и двухэтапного лечения (Зеркалов В.Н. и др., 2004; Кабиров А.В., 2003; Восканян Э.А., 2001; Доброгаев А.И., 2000).

Таким образом, основной нерешенный вопрос в проблеме поверхностного тромбофлебита заключается в тактике лечения пациентов с указанной патологией, в частности сроках выполнения хирургического вмешательства. Также мало освященным вопросом является сочетание поверхностных и глубоких венозных тромбозов нижних конечностей. Недостаточно подробно изучены вопросы тактики лечения данной категории больных. Нет публикаций, которые бы затрагивали вопросы изучения качества жизни пациентов, после различных методов хирургического лечения поверхностного тромбофлебита.

Всё выше сказанное привело нас к убеждению в необходимости решения этих задач.

Цель работы: Улучшить результаты лечения острого поверхностного тромбоза нижних конечностей путем снижения частоты тромбоэмболических осложнений и повышения уровня качества жизни.

Задачи исследования

1. Изучить распространенность сочетания поверхностного тромбоза и тромбозов глубоких вен.

2. Разработать и внедрить в клиническую практику алгоритм диагностики и лечения больных с поверхностными тромбозами нижних конечностей и оценить его эффективность.

3. Изучить морфологические изменения в тромбированных поверхностных венах, с учетом которых определить оптимальные сроки выполнения радикального вмешательства.

4. Разработать тактику лечения пациентов с поверхностным тромбозом в сочетании с тромбозом глубоких вен и оценить её эффективность.

5. Оценить ближайшие результаты различных хирургических вмешательств выполненных по поводу поверхностного тромбоза.

6. Изучить и сравнить хроническую венозную недостаточность и качество жизни пациентов после различных методов хирургического лечения поверхностных тромбозов нижних конечностей.

Научная новизна

1. Впервые выполнено патоморфологическое исследование стенки вены при поверхностном тромбозе в зависимости от сроков заболевания. На основе полученных результатов определены оптимальные сроки выполнения флебэктомии.

2. Разработан лечебно-диагностический алгоритм при поверхностном тромбофлебите нижних конечностей.

3. Изучены случаи одновременного тромбоза поверхностных и глубоких вен. Разработаны показания к хирургическим вмешательствам при поверхностном тромбофлебите в сочетании глубоким венозным тромбозом.

4. Впервые у пациентов с поверхностным тромбофлебитом нижних конечностей проведено изучение качества жизни после различных методов оперативного лечения.

Основные положения, выносимые на защиту

1. После перенесенного острого тромбофлебита магистральная подкожная вена представляет собой анатомически и функционально неполноценную вену.

2. Использование лечебно-диагностического алгоритма позволяет избежать ошибок в выборе метода лечения пациентов с поверхностными тромбофлебитами нижних конечностей.

3. Сочетание поверхностного и глубокого венозного тромбоза у пациентов с поверхностными тромбофлебитами встречается почти в каждом третьем случае.

4. Адекватно выбранный объем и сроки хирургических вмешательств при сочетании поверхностного тромбофлебита с глубокими венозными тромбозами предотвращает развитие ТЭЛА.

5. Двухэтапное хирургическое лечение по сравнению с одноэтапным более положительно влияет на качество жизни пациентов в отдаленном периоде.

6. Выполнение изолированной кроссэктомии при поверхностном тромбофлебите должно рассматриваться только как вмешательство, профилаксирующее развитие ВТЭО.

Внедрение в практику Разработанные подходы к лечению пациентов с поверхностными тромбофлебитами нижних конечностей используются в работе Свердловского областного центра хирургии сосудов на базе Городской клинической больницы №14, в хирургическом отделении Центральной городской клинической больницы №1 и регионального Центра медицины катастроф и неотложных состояний. Материалы диссертации используются в преподавательской деятельности кафедры хирургических болезней лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

Апробация работы Основные положения работы доложены на итоговом заседании НОМУС (Екатеринбург 2005 г.), на Международном хирургическом конгрессе (Ростов-на-Дону 2005 г.), на Шестой конференции ассоциации флебологов России (Москва 2006 г.), на Третьем международном хирургическом конгрессе (Москва 2008 г.).

Публикации Материалы диссертации отражены в 11 публикациях, из них 1 публикация в журнале, рекомендованном ВАК.

Структура и объем работы Диссертация изложена на 148 страницах машинописного текста. Она состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 158 работ отечественных и 88 работ иностранных авторов. Работа иллюстрирована 33 рисунками и 19 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В основу исследования положен опыт лечения 1007 больных с острыми тромбофлебитами поверхностных вен нижних конечностей за 17 летний период с 1990 по 2006 гг. Средний возраст пациентов составил $54,0 \pm 13,4$ лет. Анализ всей популяции госпитализированных больных с

изучаемой патологией позволил дать более подробные эпидемиологические характеристики: большинство пациентов с поверхностным тромбофлебитом нижних конечностей составляют женщины (62,41%), значительная часть пациентов (почти 65%) находилась в трудоспособном возрасте (до 60 лет), почти 80% больных госпитализируются в специализированное отделение в течение первых двух недель от начала заболевания, в 92,1% фоновым заболеванием для развития тромбофлебита поверхностных вен служит варикозная болезнь.

В детальную разработку был включен материал, относящийся к 593 пациентам, которые находились на лечении в Областном сосудистом центре на базе МУ ГКБ №14 с 2001 по 2006 гг. Из 593 пациентов хирургическое лечение было выполнено у 486 (82%), а 107 пациентов (18%) были пролечены консервативно. Результаты лечения пациентов с ПТ нижних конечностей оценивались отдельно в следующих группах:

- **первая группа** – пациенты после выполнения изолированной кроссэктомии (413 пациентов),
- **вторая группа (группа сравнения)** – пациенты после двухэтапного хирургического лечения (85 пациентов),
- **третья группа (контрольная)** – пациенты после выполнения одномоментной флебэктомии с иссечением тромбированных вен (73 пациента).

После проведенного лечения за критерии оценки принимались следующие параметры: наличие или отсутствие ВТЭО (ТГВ и ТЭЛА), ХВН нижних конечностей, её степень тяжести, связанное со здоровьем качество жизни.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью программ Excel и Statgraphics Plus. Использовались параметрические и непараметрические показатели: среднее значение, стандартное отклонение, критерий Крускала-Уолиса, χ^2

(хи-квадрат) с поправкой Йейтса, критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони, точный двусторонний критерий Фишера. Отличие считали достоверным при уровне значимости $p < 0,05$.

Патоморфологическое исследование стенки вен при поверхностном тромбофлебите

Поиск данных о морфологическом исследовании поверхностных вен при тромбофлебитах нижних конечностей выявил ограниченное количество опубликованных работ по данной проблематике. Все доступные материалы были напечатаны в 60-80 гг. прошлого столетия (Перепелица С.И., 1987; Куликов Л.С., 1971; Макарова Н.П., 1960), и в них мы не нашли сравнительного анализа гистологических изменений, происходящих в тромбированных поверхностных венах в различные сроки от начала заболевания.

От оценки анатомо-функционального состояния тромбированных подкожных венозных магистралей, напрямую зависит тактический подход к дальнейшему лечению таких пациентов. При развитии облитерации вены, как исхода тромбофлебита, возможно, отпадает необходимость выполнения флебэктомии. Также представилось интересным изучить активность воспалительного процесса, сроков начала и интенсивность развития склеротических изменений в стенке вены и в окружающих тканях. Выраженность и активность именно этих процессов, происходящих как в стенке вены так и в паравазальной клетчатке, непосредственно оказывают влияние на выбор метода лечения и обуславливают достигаемый косметический эффект от операции.

Была поставлена цель: Определить показания и обосновать выполнение флебэктомии с иссечением тромбированных вен в отсроченном периоде у больных с поверхностными тромбофлебитами нижних конечностей.

В исследование были включены 20 пациентов с перенесенным ранее острым восходящим ПТ в системе большой подкожной вены (БПВ). Пациентов мужского пола было 7 (35%), женского – 13 (65%). Средний возраст пациентов составил $50,2 \pm 5,6$ лет. Пациенты были разделены на две группы: **1-ая группа** – пациенты с давностью тромбофлебита 1 месяц (10 человек); **2-ая группа** – пациенты с давностью тромбофлебита 3 месяца (10 человек). Для контрольного исследования была набрана **3-я группа** – 5 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей в системе БПВ без перенесенного тромбофлебита.

Всем пациентам выполнялась флебэктомия в системе БПВ, при этом удаление ствола вены производилось без применения зондов Бебкокка, методом тунелирования из отдельных разрезов. Ствол магистральной тромбированной подкожной вены удаляли вместе с паравазальной клетчаткой. Фрагменты удаленной вены фиксировали в 10%–нейтральном формалине, окрашивали гематоксилином и эозином, по ван-Гизону и Вейгерту. Исследование гистологических препаратов проведено в морфологическом отделе ЦНИЛ УГМА (директор – Кирпищиков А.Г.).

При анализе выявленных изменений в структуре венозной стенки получены следующие результаты:

1. Выявлены грубые структурные изменения, которые охватывают все слои вены. При этом в первой группе препаратов наиболее характерными являются изменения воспалительного характера, тогда как во второй группе наблюдается их стихание, и на первый план выступают склеротические изменения.

2. Наблюдающиеся морфологические изменения в поверхностных венах при тромбофлебите носят необратимый характер, при этом происходит полное разрушение клапанного аппарата, а стенки самой вены вовлекаются в склеротический процесс. Невозможность

развития компенсаторных механизмов в стенке вены связана с выраженными метаболическими нарушениями и диффузным характером склероза. При этом магистральная подкожная вена, перенесшая тромбофлебит, представляет собой анатомически и морфологически неполноценную вену.

3. Во всех изученных препаратах подкожных вен определялись внутрипросветно расположенные тромботические массы. При этом изучены процессы реканализации тромба: при давности тромбофлебита 1 месяц выявлена лишь начинающаяся реканализация у 10% пациентов, при тромбофлебите давностью 3 месяца реканализация тромба замечена во всех наблюдениях. Выявленные изменения исключают возможность облитерации подкожной вены как исход перенесенного тромбофлебита.

4. На основе полученных морфологических данных можно сделать вывод о необходимости выполнения радикального оперативного вмешательства в отсроченном периоде, после стихания воспалительного процесса, но до развития выраженных склеротических изменений в стенке вены и паравазальной клетчатке, с целью достижения большего косметического результата операции.

Результаты исследования и их обсуждение

В отношении больных с ПТ в нашей клинике принята активная хирургическая тактика. В связи с повышенными требованиями к косметичности вмешательств и полученными результатами морфологического исследования с 2001 года методом выбора при восходящих формах ПТ является двухэтапная схема лечения: в первый этап выполняется кроссэктомия, в отсроченном периоде - радикальная флебэктомия. При этом изменились наши взгляды на показания к хирургическому лечению ПТ. Так до 2005 года основным признаком, определяющим срочность операции, был клинически определяемый

уровень проксимальной границы тромбофлебита. После 2005 года основным показателем, влияющим на принятие решения о сроке вмешательства, является уровень проксимальной части тромбоза, который определяется не только при клиническом обследовании, но и **обязательно** при ультразвуковом исследовании.

По мере накопления опыта в сфере лечения пациентов с ПТ нижних конечностей у нас сформировался определенный подход. При поверхностном тромбофлебите в клинике принята следующая тактика – рис. 1.

Показанием к госпитализации в специализированное отделение сосудистой хирургии является наличие восходящей формы ПТ, любой формы ПТ при его сочетании с ТГВ, а также случаи ПТ любой локализации при невозможности выполнить ультразвуковое обследование пациента в момент первичного осмотра ангиохирургом. При выявлении сочетания ПТ и ТГВ на выбор тактики лечения и определения объема оперативного вмешательства оказывает влияние характер глубокого венозного тромбоза.

В ранее опубликованных работах нашей клиники (Макарова Н.П. и др., 1992; Хмельникер С.М., 1990) уже приводился анализ результатов лечения пациентов с ПТ с 1988 года по 1990 год. При этом частота развития ТЭЛА в этот период составила 10,8%.

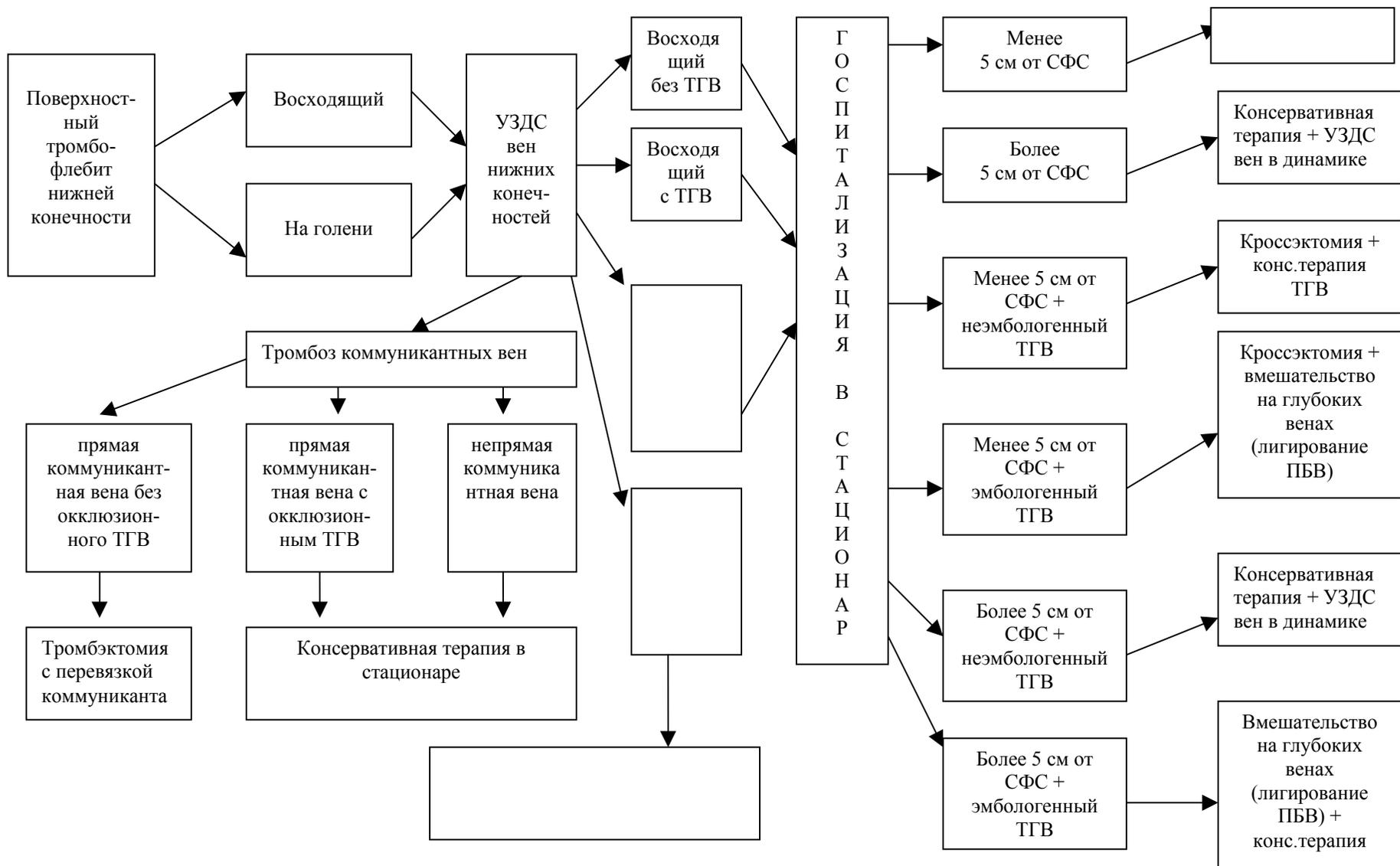


Рис. 1. Схема тактического алгоритма при поверхностном тромбофлебите.

Виды и количество выполненных оперативных вмешательств представлены в табл. 1.

Таблица 1

Виды и количество выполненных оперативных вмешательств

Вид операции	Количество, абс	Количество, %
1. Кроссэктомия:	413	100%
- без тромбэктомии из ОБВ	298	72,2%
- с тромбэктомией из ОБВ	115	27,8%
2. Флебэктомия:	73	100%
- без тромбэктомии из ОБВ	65	89%
- с тромбэктомией из ОБВ	8	11%
3. Вмешательства на глубоких венах:	26	100%
- лигирование ПБВ	25	96,2%
из них с тромбэктомией из ОБВ	4	
- лигирование НПВ	1	3,8%
Всего	512 операций 486 пациентов	

В 149 случаях из 486, что составляет 29,1%, во время оперативного пособия возникла необходимость выполнения вмешательства на глубоких венах конечности.

Всего отмечено 12 осложнений, развившихся у пациентов после кроссэктомии, что составляет 3,0% от общего количества выполненных изолированных кроссэктомий. Наиболее часто встречались осложнения течения раневого процесса (лимфоррея, нагноение, дренирование гематомы) – 75,1% от общего количества осложнений. В одном случае (8,3%) развился ТГВ с фатальной ТЭЛА. Таким образом, частота ВТЭО в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов данной группы составила 0,25%.

По одноэтапной схеме было пролечено 73 пациента, которым выполнялась флебэктомия с иссечением тромбированных вен. Всего было зафиксировано 7 осложнений, что составляет 9,6% от общего числа выполненных флебэктомий. Наиболее часто - 5 случаев из 7, что составляет 71,4%, наблюдались серьезные осложнения в виде ТГВ и ТЭЛА. **Таким образом, частота ВТЭО в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов данной группы составила 6,85%.** Смертельных случаев среди пациентов этой группы не было.

85 пациентов, перенесших острый ПТ нижних конечностей, были пролечены по двухэтапной схеме. Среди пациентов данной группы в ближайшем периоде наблюдалось лишь одно осложнение, что составляет 1,2%, которое заключалось в поверхностном нагноении раны в паховой области. **Тромбоэмболических осложнений и случаев летального исхода среди пациентов этой группы не наблюдалось.**

Таким образом, при анализе ближайших результатов различных хирургических вмешательств при ПТ выявляется, что наибольшее количество тромбоэмболических осложнений наблюдается среди пациентов, перенесших одномоментное радикальное вмешательство в виде флебэктомии с иссечением тромбированных вен (6,85%). На втором месте по частоте данных осложнений находится группа пациентов с выполненной изолированной кроссэктомией (0,25%). Среди пациентов третьей группы (двухэтапное хирургическое лечение) указанных осложнений не наблюдалось. При статистической обработке результатов выявлены достоверные отличия ($p < 0,017$) частоты тромбоэмболических осложнений первой и второй групп по отношению к третьей группе.

Всего ТЭЛА была зафиксирована у 4 из 486 оперированных пациентов, что составляет 0,82%. При использовании разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма в отношении пациентов с ПТ нижних

конечностей удалось снизить частоту развития ТЭЛА с 10,8% (в 1988-1990 гг.) до 0,82% (2001-2006 гг.).

Отдельная глава (глава V) посвящена случаям ПТ, которые сочетались с тромбозами глубоких вен:

1. восходящие ПТ с переходом тромбоза на глубокие вены через СФС или СПС;
2. ПТ, сочетающиеся с тромбозом КВ голени и/или бедра;
3. любые ПТ, сочетающиеся с синхронным ТГВ на одноименной или контралатеральной конечности.

Частота диагностирования сочетаний поверхностного и глубокого венозного тромбоза по годам представлена в табл. 2.

Таблица 2

Частота сочетаний поверхностного тромбофлебита нижних конечностей и тромбоза глубоких вен

	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	Всего
Всего пациентов, абс	101	107	112	97	93	83	593
Сочетание поверхностного тромбофлебита и ТГВ	19 18,8%	39 36,4%	31 27,7%	40 41,2%	34 36,6%	36 43,4%	199 33,6%

Из представленных в таблице 2 данных заметен значительный рост частоты случаев сочетания поверхностного и глубокого венозного тромбоза.

При развитии сафенофemorального тромбоза и наличии флотирующей головки тромба в ОБВ необходимо соблюдать определенные правила, так как при хирургическом лечении обязательна тромбэктомия из бедренной вены. Данный вариант течения заболевания является наиболее часто встречаемым (145 случаев).

Тромбоз КВ был нами выявлен у 38 больных. Выявлен значительный рост частоты диагностирования тромбоза КВ за исследуемый период с 0% в 2001-2002 годах до 18,1% в 2006 году. Приведенные данные свидетельствуют о том, что почти каждый пятый пациент с клиническими проявлениями ПТ нижних конечностей с любой локализацией имеет тромбированные КВ. В 7 случаях из 38 что составляет 18,4% у пациентов с тромботическим поражением КВ имелся эмболоопасный тромбоз глубоких вен, что потребовало применить хирургические методы профилактики ВТЭО.

Частота встречаемости синхронного тромбоза поверхностных и глубоких вен нижних конечностей без видимых и определяемых при ультразвуковом исследовании путей перехода, до недавнего времени считалось крайне незначительной. Однако в связи с более широким внедрением обязательного сканирования вен при ПТ нижних конечностей любой локализации, открылась истинная частота синхронного поверхностного и глубокого венозного тромбоза. Всего мы наблюдали 51-го пациента с указанным течением заболевания. Подавляющее большинство (23 из 24, что составляет 95,8%) эмбологенных глубоких венозных тромбозов, развившихся без связи с ПТ, локализовались в подколенно-бедренном сегменте.

За критерий оценки лечения пациентов с выявленными сочетаниями ПТ и ТГВ мы приняли наличие или отсутствие развития ВТЭО в ближайшем периоде. Все пациенты, по отношению к которым был применен разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм, при оценке ближайших результатов лечения не имели тромбоэмболических осложнений. **Это свидетельствует о надежности и эффективности разработанной нами лечебной тактики.**

Отдаленные результаты лечения оценивались отдельно в группах больных с ПТ. Все больные осмотрены в срок от 1,9 до 8,0 лет. Средний

срок наблюдения составил $5,4 \pm 1,8$ года. Всего отдаленные результаты были изучены у 204 пациентов, что составляет 41,9% от числа оперированных больных. Группы были рандомизированы по следующим параметрам: пол и возраст пациентов, исходная степень тяжести ХВН, объем первичного тромботического поражения поверхностной венозной системы, срок от момента хирургического лечения до момента контрольного обследования.

Первая группа (изолированная кроссэктомия) – 136 пациентов (32,9% от общего число пациентов этой группы). **Вторая группа (двухэтапное лечение)** – 38 пациентов (44,7%). **Третья группа (одноэтапное лечение)** - 30 пациентов (52,1%).

Полученные данные по тромбоэмболическим осложнениям в отдаленном периоде представлены в табл. 3.

Таблица 3

Венозные тромбоэмболические осложнения в отдаленном периоде

Группы	1-ая группа	2-ая группа	3-я группа
ВТЭО			
перенесенный ТГВ	10 (7,3%)	Не наблюдались	
перенесенная ТЭЛА	1 (0,7%)		
Всего пациентов	136 (100%)	38 (100%)	30 (100%)

При анализе представленных в таблице 3 данных статистически значимых различий между группами не получено ($p > 0,05$). Таким образом, в группе с выполненной только лишь кроссэктомией частота встречаемости в отдаленном периоде ВТЭО составляет 8,0%, тогда как в группах с выполненной флебэктомией таких осложнений не наблюдалось. Необходимо отметить, что все пациенты с развившимся в

отдаленном периоде ТГВ и ТЭЛА в острый период не были обследованы в рамках разработанного лечебно-диагностического алгоритма.

Математическая обработка результатов проводилась в следующих парах: 1 и 2 группы, 2 и 3 группы. При этом вычисляли критерий Стьюдента, для исключения эффекта множественных сравнений использовали поправку Бонферрони с установленным уровнем значимости отличий $p < 0,025$.

При анализе состояния пациентов после проведенного вмешательства по клинической шкале СЕАР были получены следующие данные: в первой группе средний балл составил $2,83 \pm 1,63$, во второй группе – $1,84 \pm 1,51$, в третьей группе – $2,66 \pm 1,97$. При сравнении групп выявляется статистически значимое различие в парах кроссэктомия – двухэтапное лечение ($t = -2,7138$, $p = 0,00366$), в паре двухэтапное и одноэтапное лечение значимых отличий не выявлено ($t = -1,9506$, $p > 0,025$).

Таким образом, выполнение двухэтапного хирургического лечения ПТ улучшает клиническое течение заболевания в большей степени, чем выполнение лишь кроссэктомии.

Анализ анкетных данных, характеризующих **качество жизни** пациентов, показал следующие результаты. При сопоставлении групп по болевому параметру выявляется статистически значимое отличие группы сравнения (2 группа) с группой кроссэктомия ($t = 3,42177$, $p < 0,001$) и с группой одноэтапного лечения ($t = 1,94487$, $p < 0,025$).

Из этого следует, что болевые ощущения пациентов перенесших двухэтапное вмешательство ниже, чем в остальных двух группах, что может быть обусловлено более адекватным объемом оперативного вмешательства, чем в 1 группе и меньшей операционной травмой, чем в 2 группе.

При обработке полученных данных при оценке физического параметра выявлено значимое отличие между первой и второй группой ($t=-4,37628$, $p=0,00001$), в паре групп с выполненной флебэктомией разница недостоверна ($t= -1,2525$, $p>0,025$). **Таким образом, группа с выполненной изолированной кроссэктомией уступает по физическому параметру группам с выполненной флебэктомией.**

При анализе данных по социальному параметру статистически значимые различия получены в паре кроссэктомия – двухэтапное лечение ($t= -4,78747$, $p=0,000001$). В паре двухэтапное лечение – одноэтапное лечение статистически значимых различий не выявлено ($t= -1,51945$, $p>0,025$). **Таким образом, радикальное вмешательство при поверхностном тромбофлебите оказывает более значимое положительное влияние на социальный показатель, чем выполнение только кроссэктомии.**

При сравнении групп по психологическому параметру различия между группами статистически значимы в паре 2 и 3 группы ($t= -3,88387$, $p=0,0001$). Что означает, что **применение двухэтапной схемы лечения пациентов с ПТ оказывает более выраженный положительный эффект на психологический аспект качества жизни пациентов.**

ВЫВОДЫ

1. Изучение течения поверхностного тромбофлебита нижних конечностей выявило высокую частоту встречаемости сочетания поверхностного и глубокого венозного тромбозов – 33,6%.

2. Разработан и внедрен в клиническую практику лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с поверхностными тромбофлебитами нижних конечностей, применение которого привело к повышению выявляемости случаев сочетания поверхностного и глубокого

венозного тромбоза и снижению частоты тромбоэмболических осложнений: с 10,8% в 1988-1990 годах до 0,82% в 2001-2006 годах.

3. Результаты морфологического исследования тромбированных вен показали, что наиболее благоприятным периодом выполнения радикального вмешательства является срок в три месяца от начала заболевания.

4. Разработанная лечебная тактика при поверхностном тромбофлебите, сочетающемся с тромбозом глубоких вен, надежно предотвращает развитие тромбоэмболических осложнений.

5. Ближайшие результаты хирургического лечения поверхностного тромбофлебита зависят от вида оперативного вмешательства: при изолированной кроссэктомии частота тромбоэмболических осложнений составляет 0,25%, при одноэтапном лечении – 6,85%, при двухэтапном лечении – указанные осложнения не наблюдались.

6. При изучении тяжести хронической венозной недостаточности и качества жизни пациентов после различных методов хирургического лечения поверхностного тромбофлебита нижних конечностей выявляются значительные преимущества двухэтапной схемы лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая высокую распространенность поверхностных тромбофлебитов нижних конечностей и значительную частоту наблюдающихся при данной патологии тромбоэмболических осложнений (33,6%), следует всемерно улучшать клиническую диагностику путем тщательной оценки симптомов заболевания и применения специальных методов диагностики.

2. Планируя любое оперативное вмешательство, для минимизации риска необходимо следовать рекомендациям Российского консенсуса

«Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений».

3. При подозрении на поверхностный тромбофлебит нижних конечностей необходимо выполнение ультразвукового сканирования вен нижних конечностей – в обязательном порядке как поверхностных, так и глубоких, с обеих сторон, при нахождении пациента в общехирургическом стационаре обязательна консультация врача-ангиохирурга.

4. Выявление восходящего поверхностного тромбофлебита и случаев сочетания поверхностного и глубокого венозного тромбоза является показанием к переводу больного в ближайшее отделение сосудистой хирургии.

7. Целесообразным является разделение лечебных задач на два этапа: на первом решать вопросы профилактики ТЭЛА и прогрессирования заболевания, на втором – выполнять хирургическое лечение основного заболевания, т.к. именно такой подход обеспечивает лучшее качество жизни пациентов в отдаленном периоде.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Пешков А.В. Лечение пациентов с поверхностными тромбофлебитами нижних конечностей / А.В. Пешков // Специализированная медицинская помощь: Сб.тр.юбил.науч.-практ. конф., посв. 75-летию мед. службы и 10-летию госпиталя ГУВД Свердловской обл. / Под общ. и науч. ред. В.А.Филлипова, Н.П. Макаровой, А.Л. Левита и О.Н. Савельева. – Екатеринбург: Изд-во Урал. Ун-та, 2005. - С. 186-190.
2. Макарова Н.П. Восходящая форма поверхностного тромбофлебита нижних конечностей: тактика и хирургическое лечение / Н.П. Макарова, А.В. Пешков, С.М. Хмельникер // Специализированная медицинская помощь: Сб.тр.юбил.науч.-практ. конф., посв. 75-летию мед. службы и 10-летию госпиталя ГУВД Свердловской обл. / Под

- общ. и науч. ред. В.А.Филлипова, Н.П. Макаровой, А.Л. Левита и О.Н. Савельева. – Екатеринбург: Изд-во Урал. Ун-та, 2005. - С. 190-193.
3. Хмельникер С.М. Современный взгляд на хирургическое лечение восходящих тромбофлебитов нижних конечностей / С.М. Хмельникер, А.В. Пешков // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии», Материалы конгресса (5-7 октября 2005, Ростов-на –Дону). – Ростов-на-Дону, 2005. - С. 330.
 4. Макарова Н.П. Тактика и результаты лечения восходящих форм поверхностного тромбофлебита /Н.П. Макарова, А.В. Пешков // V конференция ассоциации флебологов России: Материалы конф., г. Москва, 9-11 декабря 2004 г. – М., 2004. – С. 78-79.
 5. Макарова Н.П. Результаты хирургического лечения восходящего поверхностного тромбофлебита нижних конечностей / Н.П. Макарова, А.В. Пешков // Флебологическая. - Спец. вып. – 2006. – С. 75-76.
 6. Макарова Н.П. Тромбозы глубоких вен при поверхностных тромбофлебитах / Н.П. Макарова, С.В. Корелин, А.В. Пешков // Материалы Третьего международного хирургического конгресса «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России»». – Москва, 2008. – С. 292.
 7. **Пешков А.В. Результаты хирургического лечения восходящего поверхностного тромбофлебита нижних конечностей / А.В. Пешков, С.А. Чукин, С.В. Корелин // Уральский медицинский журнал. – 2006. - №9. – С. 64-66.**
 8. Пешков А.В. Сравнительная оценка отдаленных результатов хирургического лечения восходящего тромбофлебита нижних конечностей / Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы 60-й научной конференции молодых ученых и студентов УГМА (Екатеринбург, 20-21 апреля 2005 г.). – Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2005. – С. 340-341.
 9. Макарова Н.П. Тактика хирургического лечения поверхностного тромбофлебита нижних конечностей / Н.П. Макарова, А.В. Пешков // Флебологическая. – Спец. выпуск. - 2008.- С. 5-6.

10. Макарова Н.П. Сочетанный тромбоз поверхностных и глубоких вен нижних конечностей как источник ТЭЛА / Н.П. Макарова, А.В. Пешков // Проблемы клинической медицины. - Приложение. - 2007 г. – С. 99-100.
11. Тромбэктомия при остром венозном тромбозе как мера профилактики ТЭЛА / Н.П. Макарова, С.М. Хмельникер, С.В. Корелин, А.В. Пешков // Проблемы клинической медицины. - Приложение. - 2007 г. – С. 100-101.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ПТ – поверхностный тромбофлебит

БПВ – большая подкожная вена

ОБВ – общая бедренная вена

НПВ – наружная подвздошная вена

ПкВ – подколенная вена

КВ – коммуникантная вена

ТГВ – тромбоз глубоких вен

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

ВТЭО – венозные тромбоэмболические осложнения

ХВН – хроническая венозная недостаточность

СФС – сафенофemorальное соустье

СПС – сафенопоплитеальное соустье

ПЕШКОВ АНДРЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО
ТРОМБОФЛЕБИТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ТРОМБОЗА
ПОВЕРХНОСТНЫХ И ГЛУБОКИХ ВЕН

14.00.27 - хирургия

14.00.44- сердечно-сосудистая хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Автореферат напечатан по решению профильной комиссии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава от 24.04.2009.

Подписано в печать 24.04.2009г. Формат 60x84 1/16 Усл. печ. л. 1,0. Тираж 100 экз.
Заказ №85 Отпечатано в типографии ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
г.Екатеринбург, ул.Репина, д.3.