

Оглавление

Предисловие к первому изданию	5
Предисловие	6
Глава 1. Основные черты патологии	7
Тромбофлебит и флеботромбоз — разные заболевания?	8
Причины возникновения болезни	12
Варианты клинического течения	15
Глава 2. Как установить диагноз	19
Что должен обнаружить врач?	20
Нужны ли инструментальные методы?	27
Что дает лабораторная диагностика?	36
Какая информация необходима и достаточна?	37
Глава 3. Терапия или хирургия?	39
Задачи, которые должны быть решены с помощью лечебных мероприятий	39
Лечить амбулаторно или в стационаре?	40
Терапия острого тромбофлебита	42
Тромбофлебит на фоне терапии онкологического заболевания	52
Когда нужна операция	54

Глава 4. Особенности оперативной техники.....	59
Минимально необходимое вмешательство	60
Кроссэктомия большой подкожной вены	60
Оперативное вмешательство при сафено-фemorальном тромбозе.....	67
Кроссэктомия малой подкожной вены.....	75
Оперативное вмешательство при сафено-поплитеальном тромбозе	77
Оптимальная операция.....	80
Флебэктомия на бедре.....	82
Вмешательство на голени	84
Как поступать в нетипичных ситуациях?	89
Симультанное поражение глубоких вен (V тип варикотромбофлебита).....	89
Варикотромбофлебит, осложненный тромбоэмболией легочных артерий.....	92
Тромбофлебит культи большой подкожной вены.....	94
Тромбофлебит, развившийся на фоне трофических расстройств.....	96
Варикотромбофлебит у беременных.....	97
Восходящий тромбофлебит у больных с посттромбофлебитической болезнью	99
Хирургическое лечение тромбофлебита при достоверно не известном уровне тромботического поражения большой подкожной вены.....	99
Глава 5. Профилактика тромбофлебита.....	102
Что должен знать и делать врач.....	102
Что должен знать и делать больной.....	107
Заключение.....	112
Рекомендуемая литература.....	114

ГЛАВА 2

Как установить диагноз

Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей — самое распространенное острое сосудистое заболевание, по поводу которого пациенты обращаются в поликлиники и госпитализируются в стационары. Излечившись этим заболеванием можно встретить в отделении любого профиля. Важно, чтобы об основных принципах диагностики тромбофлебита были хорошо информированы не только флебологи и амбулаторные хирурги, к которым первично обращается большинство пациентов, но и врачи иных, как терапевтических, так и хирургических, специальностей.

Острый тромбофлебит — одно из тех заболеваний, для уверенной диагностики которых обычно не требуется сложных лабораторных исследований и дорогостоящей медицинской техники. Как правило, для этого вполне достаточно выяснения жалоб, истории заболевания и добросовестного физикального обследования. Внимательный врач без особого труда может выявить характерные симптомы тромбофлебита, которые не оставляют сомнений в характере патологического процесса. В то же время выбор метода лечения заболевания, адекватного клинической ситуации, и контроль его эффективности не могут быть осуществлены без специальных диагностических тестов.

Столкнувшись с пациентом, у которого подозревается тромбофлебит, врач должен получить ответ на следующие вопросы.

- Тромбофлебит ли это либо иное заболевание?
- До какого уровня распространяется тромботический процесс в поверхностных венах, в первую очередь в проксимальном направлении?
- Имеются ли признаки тромботического поражения глубокой венозной системы и симптомы, которые можно расценить как тромбоэмболию ветвей легочных артерий?
- Угрожает ли тромбофлебит массивной тромбоэмболией легочных артерий?
- Какова вероятная причина тромбофлебита, возможен ли рецидив болезни, нет ли у больного латентно протекающего онкологического процесса?

Получение ответов на эти вопросы следует считать обязательными во всех без исключения случаях, поскольку от них зависит не только период нетрудоспособности и реабилитации пациента, но зачастую и его дальнейшая судьба.

Что должен обнаружить врач?

В зависимости от локализации тромботического процесса, его распространенности, длительности заболевания и степени вовлечения в воспалительный процесс окружающих пораженную вену тканей могут наблюдаться различные формы заболевания — от резко выраженного местного воспаления по ходу тромбированной вены, сопровождающегося нарушениями со стороны общего состояния больного, до незначительных проявлений как местного, так и общего порядка.

Чаще всего тромбофлебит развивается внезапно, без какой-либо видимой для пациента причины. Иногда ему предшествует травма области расширенных подкожных вен или вирусная инфекция, вызывающая изменения гемокоагуляции. Обычно превалируют достаточно яркие

местные симптомы, самочувствие больных остается удовлетворительным. Пациенты жалуются на боли по ходу тромбированных вен, ограничивающие движения конечности, в ряде случаев отмечается гипертермия не выше $38,0^{\circ}\text{C}$, недомогание, озноб. При осмотре конечности отмечается полоса гиперемии в проекции пораженной вены. Протяженность ее может быть от нескольких сантиметров в начале заболевания до вовлечения в процесс большей части подкожной вены (рис. 2.1). Пальпация выявляет в этой зоне шнуровидный, плотный, резко болезненный



Рис. 2.1. Острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены с клинически определяемой верхней границей на уровне средней трети бедра

тяж. Определяется местное повышение температуры, гиперестезия кожных покровов. Степень выраженности перифлебита и воспалительных изменений кожных покровов значительно варьирует. Если в тромботический процесс вовлекается конгломерат варикозных вен, то уплотнение теряет линейный характер и приобретает неправильную форму, иногда достигая значительных размеров.

Необходимо отметить, что **только** описанные симптомы — **гиперемия, болезненность и пальпируемый по ходу поверхностной вены инфильтрат** — указывают на наличие тромбофлебита. В отличие от неосложненного варикозного расширения вен при тромбофлебите контуры и размеры пальпируемого инфильтрата не изменяются при переводе больного из вертикального положения в горизонтальное, в то время как нетромбированные венозные узлы безболезненны, имеют мягкую консистенцию и, опорожняясь от крови, спадаются в положении лежа.

Яркая гиперемия кожи над пораженной веной, характерная для первых дней заболевания, к 6–7-му дню обычно проходит, и кожа приобретает сначала синюшный, а затем коричневый оттенок (рис. 2.2). Нередко у одного и того же больного можно увидеть, как на голени тромбофлебит уже «стихает» и кожа в проекции вены гиперпигментированна, а на бедре отмечается яркая гиперемия и значительная болезненность. Это свидетельствует о постепенном и относительно медленном распространении тромбоза в проксимальном направлении.

Клинические проявления тромбофлебита в бассейне малой подкожной вены, как правило, не столь ярки. Поверхностный листок собственной фасции голени, покрывающий вену, препятствует распространению перифлебита на подкожную клетчатку, в связи с чем гиперемия кожи не выражена, и зачастую только умеренная болезненность в проекции *v. saphena parva* позволяет заподозрить ее тромботическое поражение. Выявление такого тромбоза требует активного обследования задней поверхности голени в положении больного на животе.



Рис. 2.2. Стихающий тромбофлебит переднего притока большой подкожной вены бедра

Наряду с болезненным инфильтратом по ходу поверхностных вен при тромбофлебите иногда может отмечаться небольшой отек конечности. Важно правильно оценить его характер. При тромбозе поверхностных вен он носит сугубо местный (в зоне воспаления) характер. Выраженный распространенный отек и цианоз дистальных отделов конечности со всей определенностью указывают на тромботическое поражение глубоких вен.

ГЛАВА 4

Особенности оперативной техники

Выбор способа оперативного лечения варикотромбофлебита в каждом конкретном случае должен определяться характером и распространенностью тромботического процесса, а также целым рядом других клинических факторов: длительностью заболевания, возрастом пациента, наличием сопутствующих заболеваний и других обстоятельств, которые должны приниматься во внимание при определении хирургической тактики. Все возможные оперативные вмешательства, проводимые при этом заболевании, могут быть условно разделены на две группы. К *первой* следует отнести операции, которые могут быть названы **минимально необходимыми**. Они должны быть выполнены по абсолютным показаниям практически у любого контингента больных. По своей сути, такие операции представляются паллиативными, поскольку не излечивают больного от варикотромбофлебита и не предотвращают его рецидив, но лишь предупреждают возникновение тромбоза глубоких вен и легочной эмболии. Хирургические вмешательства *второй* группы (**оптимальные**) могут быть проведены только при определенных условиях далеко не в каждом случае, вместе

с тем они служат радикальным способом лечения варикотромбофлебита.

Минимально необходимое вмешательство

Варикотромбофлебит чаще всего поражает большую подкожную вену и значительно реже — малую подкожную вену. Если тромбоз не распространяется через соустье на бедренную (подколенную) вену, выполняют кроссэктомию (см. табл. 3.3), то есть высокую перевязку большой (или малой) подкожной вены с обязательным лигированием всех приустьевых притоков и иссечением ствола подкожной вены в пределах операционной раны. Операция осуществима у любой категории больных. Обычно ее проводят под местной анестезией.

Кроссэктомия большой подкожной вены

Это хирургическое вмешательство представляет собой современную модификацию операции Троянова—Тренделенбурга. Приступая к ней, хирург должен четко представлять себе особенности анатомического расположения большой подкожной вены в зоне манипуляций.

Как известно, сафено-фemorальное соустье расположено под паховой складкой тотчас медиальнее от бедренной артерии. С переднемедиальной поверхности бедра *v. saphena magna* проходит в *hiatus saphenus*. Здесь вена огибает серповидный край глубокого листка поверхностной фасции, прободает ее решетчатую часть и впадает в бедренную вену по ее передней поверхности на 3–4 см ниже паховой связки. Перед впадением в бедренную вену в нее вливаются притоки подкожных вен наружных половых органов и передней брюшной стенки (рис. 4.1). К сафено-фemorальному соустью достаточно близко предлежат паховые лимфатические узлы. В этой зоне часто проходит наружная срамная артерия, являющаяся ветвью бедренной артерии. Ориентиром, указывающим на близкое расположение устья большой подкожной вены бедра,

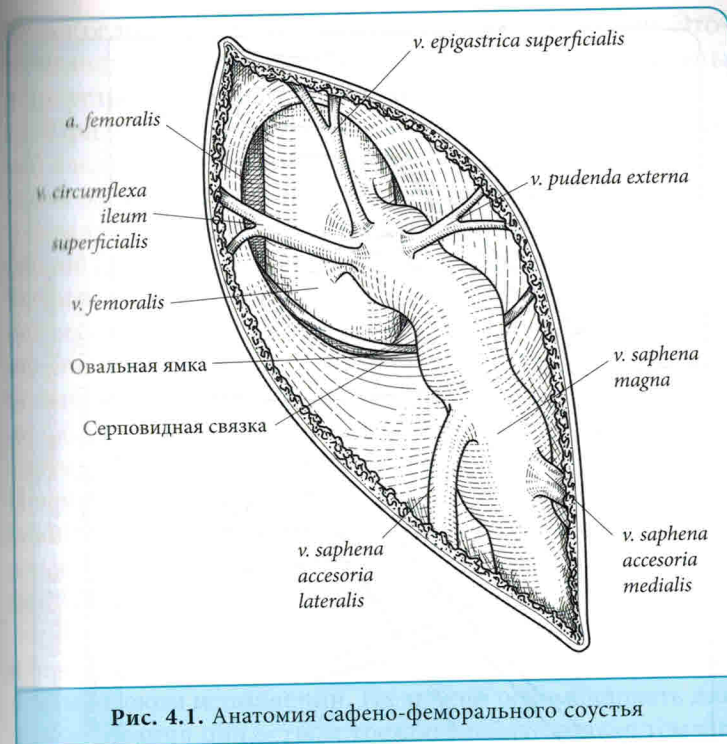


Рис. 4.1. Анатомия сафено-фemorального соустья

служит место впадения *v. epigastrica superficialis*. В редких случаях, при высокой бифуркации бедренной артерии, к сафено-фemorальному соустью может предлежать глубокая артерия бедра.

Оперативные доступы. Для обнажения сафено-фemorального соустья до настоящего времени часто используют косопролонгальный доступ по И.В. Червякову (рис. 4.2, а). Разрез кожи, подкожной клетчатки и поверхностной фасции производят по биссектрисе угла между паховой складкой и проекцией бедренной артерии. Такой разрез совпадает с проекцией проксимального отдела большой подкожной вены и крупного лимфатического узла Розенмюллера—Пирогова. Повреждение последнего на фоне лимфаденита, флебита и воспаления близлежащих тканей

может осложниться послеоперационной лимфореей. Этого недостатка лишены паховый и надпаховый доступы приустьевому отделу большой подкожной вены.

При *паховом доступе* разрез кожи и подкожной жировой клетчатки выполняют по паховой складке, при *надпаховом доступе Бруннера* его производят на 2–3 см выше и параллельно ей. Кожу рассекают от точки пульсации бедренной артерии в медиальном направлении (рис. 4.2, б, в). Острым путем вскрывают поверхностную фасцию. Под ней находят *v. epigastrica superficialis*. Указанный сосуд является наиболее постоянным приустьевым притоком большой подкожной вены, впадающим в нее в верхней полуокружности сафено-фemorального соустья. Ориентируясь на него, находят устье большой подкожной вены. Повреждения лимфатических путей при этом удастся избежать, так как в этой области лимфатические коллекторы сопровождают глубокие бедренные сосуды и располагаются в *lacuna vasorum* под пупартовой связкой.

По сравнению с разрезом по Червякову паховый и надпаховый доступы представляются более сложными в техническом исполнении. Их можно рекомендовать для использования при остром тромбофлебите только тем хирургам, которые имеют достаточный опыт в проведении плановых оперативных вмешательств по поводу варикозной болезни, иначе возможно ошибочное пересечение бедренной вены вместо *v. saphena magna*. С другой стороны, за основной ствол большой подкожной вены может быть ошибочно принят ее переднемедиальный приток.

В тех случаях, когда предполагается вмешательство на бедренной вене, возможно использование традиционного *вертикального доступа* в проекции сосудистого пучка.

Основной этап хирургического вмешательства.

Вслед за рассечением кожи и жировой ткани обнажают сафено-фemorальное соустье. После выделения проксимального отдела большой подкожной вены через отверстие в фасции становится видна бедренная вена. Тотчас латеральнее от нее определяется пульсация бедренной

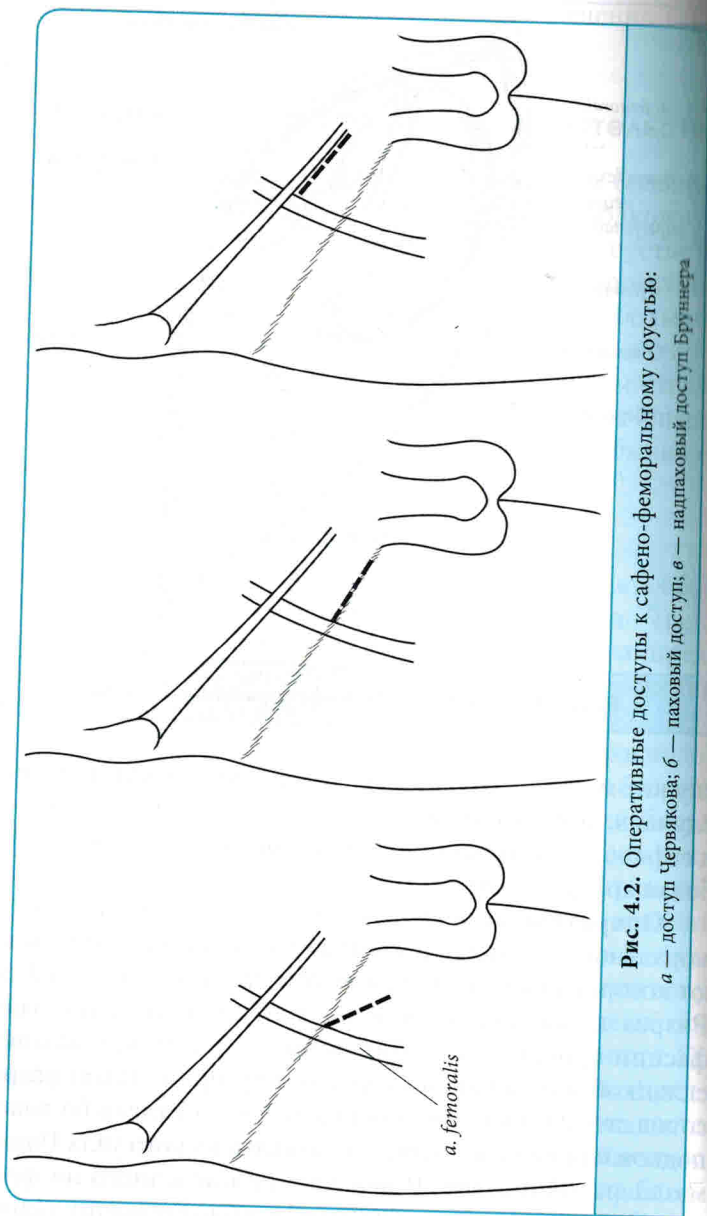


Рис. 4.2. Оперативные доступы к сафено-фemorальному соустью:
а — доступ Червякова; б — паховый доступ; в — надпаховый доступ Бруннера

артерии. **В процессе хирургического вмешательства не следует перевязывать какую-либо крупную венную магистраль до тех пор, пока точно не определено местоположение сафено-фemorального соустья.** Для его идентификации необходимо четко видеть терминальный отдел большой подкожной вены и участок бедренной вены, в который она впадает. После обработки приустьевых притоков ствол подкожной вены пересекают между двумя зажимами. Приподняв проксимальный конец *saphena magna*, на вену накладывают диссектор таким образом, чтобы его ветви располагались параллельно бедренной вене снизу вверх (рис. 4.3). Под диссектором вену

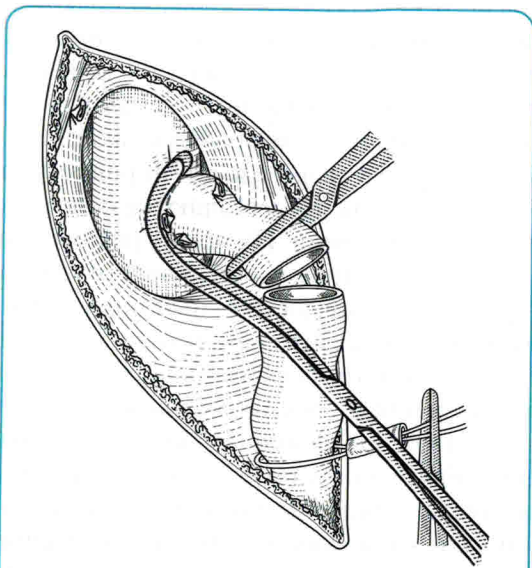


Рис. 4.3. Перевязка большой подкожной вены бедра у устья. Ветви диссектора располагаются параллельно бедренной вене на уровне прикрепления створок остиального клапана, без оставления культи большой подкожной вены

лигируют на уровне прикрепления створок остиального клапана, то есть пристеночно по отношению к бедренной вене. Сняв инструмент, культю подкожной вены лигируют еще раз, предварительно прошив ее (рис. 4.4).

Принципиальным моментом кроссэктомии служит перевязка большой подкожной вены непосредственно у места ее впадения в бедренную. Оставление культи чревато ее тромбозом, распространением тромба на бедренную вену (рис. 4.5) и развитием эмболии легочных артерий.

В тех случаях, когда тромб достигает остиального клапана и выполнить приустьевую перевязку *v. saphena magna*, не фрагментировав его верхушку, невозможно, операцию

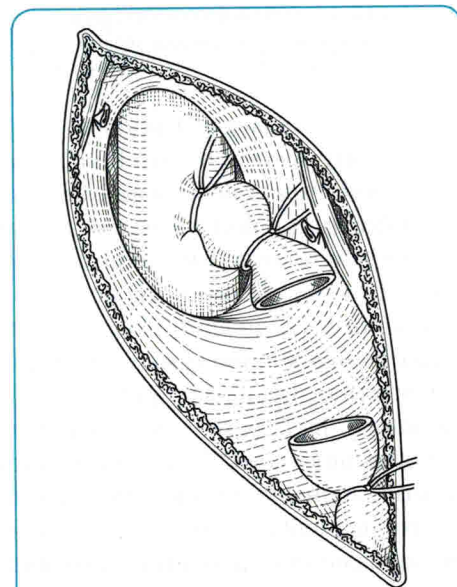


Рис. 4.4. Большая подкожная вена дважды лигирована у устья. Участок вены на протяжении раны резецирован