

УДК 616.147.3+616.14—005.6

С. М. ГАЛСТЯН, П. П. АНАНИКЯН, Ст. М. ГАЛСТЯН

ПУТИ СОКРАЩЕНИЯ СРОКОВ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ТРОМБИРОВАННЫХ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Острые илеофemorальные тромбозы относятся к тяжелым формам поражений сосудов нижних конечностей. Блокада магистральных стволов приводит к упорному венозному застою в конечностях с развитием в последующем посттромбофлебитического синдрома, лечение которого в большинстве случаев дает малоудовлетворительные результаты.

Частота илеофemorальных тромбозов составляет от 10 до 15% всех тромбозов в системе нижней полой вены [12]. По данным отечественных и зарубежных исследователей [1, 2, 3, 10, 11, 13], 50—90% больных, перенесших острый тромбоз подвздошной и бедренной вен, страдают посттромбофлебитическим синдромом. И. М. Тальман [7] установил, что 60% всех язв голени приходится на долю больных с посттромбофлебитическим синдромом. По статистическим данным зарубежных авторов [9], у 7—9% населения США имеются отеки нижних конечностей, и половина из них страдает посттромбофлебитическим синдромом. В Англии зарегистрировано 250 тыс. чел., страдающих посттромбофлебитическим расширением вен и трофическими язвами нижних конечностей [8].

В последние годы получило распространение хирургическое лечение острых илеофemorальных тромбозов [4, 6]. Однако, как показал наш опыт, предписание оперативного лечения удается лишь в редких случаях, так как из-за поздних сроков поступления больных в стационар и наличия продолженных тромбов тромбэктомия становится бесперспективной. Следует отметить, что сама операция тромбэктомии является сложным вмешательством и может производиться лишь в флебологических центрах. Таким образом, подавляющее большинство больных с острыми тромбозами глубоких вен не подвергаются оперативному вмешательству, поэтому разработка эффективных консервативных методов лечения, направленных на нормализацию венозного оттока и предотвращение усугубления гемодинамических расстройств пораженной конечности, остается актуальной задачей.

Организация консервативного лечения острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей исходит из двух основных положений.

1. Стабилизация воспалительных процессов в венах, снятие аллергической реакции и противодействие распространению тромбообразования.

2. Ликвидация спазма артерий, капилляров и уменьшение кислородного голодания тканей.

Исходя из этих положений, производится медикаментозное лечение. Применяются сульфаниламидные и антигистаминные препараты — бутадиион, эскузан, аспирин, спазмолитики и антикоагулянты в сочетании с периапериартериальной и поясничной симпатическими блокадами. Такой комплекс лечения приводит к уменьшению патологических явлений в пораженной конечности, однако не избавляет больных в дальнейшем от развития посттромбофлебитического синдрома.

Наши клинические наблюдения, основанные на флебографических и лимфографических исследованиях, показали, что тяжесть клинических проявлений пораженной конечности находится в прямой зависимости от сроков наступления реканализации. При поздней реканализации (через 2 и более лет) установившаяся длительная и стойкая гипертензия становится основной причиной отеков, периодических обострений хронического тромбофлебита, развития трофических расстройств и язв. Следующей нередкой причиной декомпенсации является развитие рубцовых изменений околососудистой клетчатки по ходу тромбированных вен, что приводит к утолщению и уплотнению венозной стенки. У таких больных наступившая реканализация не обеспечивает достаточной разгрузки крови в поверхностных венах, так как реканализированная вена, потерявшая свою эластичность, превращается в пассивную трубку, просвет которой, как правило, оказывается суженным, а клапаны разрушенными. При этом мышечные сокращения не оказывают существенного действия на измененную венозную стенку и отток крови осуществляется пассивно от механического поступательного движения. Рубцовые изменения околососудистой клетчатки, в свою очередь, противодействуют расширению образовавшихся коллатералей и, раздражая симпатические сплетения, становятся одной из причин длительно-го спазма периферических сосудов.

Принимая во внимание основные звенья патогенетического механизма нарушения гемодинамики при тромбозах глубоких вен, приводящих впоследствии к развитию посттромбофлебитического синдрома, консервативную терапию мы организовали с упором на расширение образовавшейся сети подфасциальных коллатералей, профилактики развития склероза тканей и сокращения сроков наступления реканализации. Первый период лечения направлен на ликвидацию воспалительного процесса и снятия сосудистого спазма. После частичного спадения отеков и стихания воспаления вся конечность бинтуется (при этом используется не менее 6 эластических бинтов) и назначается дозированная ходьба начиная с 3-го дня бинтования. Умеренно сдавливая подкожные вены, эластические бинты препятствуют чрезмерному их напол-

нению, оберегая клапаны. С другой стороны, это приводит к повышению давления в мышечных венах, способствуя этим ускорению реканализации. Для предотвращения склеротических изменений в стенках тромбированных вен и рубцовых изменений околососудистых тканей назначаются внутримышечные инъекции лидазы с трипсином 3—4 курса по 10 инъекций с интервалом между курсами—10—15 дней. Следует учесть, что лидаза может обострить неутихший воспалительный процесс в венах, поэтому необходимо ее назначить под защитой трипсина, обладающего мощным противовоспалительным свойством. Курс лечения лидазой сочетается с аспирином и антикоагулянтами непрямого действия до снижения протромбинового индекса (70—60%). Это позволяет нормализовать свертывающую и антисвертывающую системы крови, что играет немаловажную роль в процессе наступления реканализации вен.

Нами с 1965 г. консервативное лечение ранних тромбозов глубоких вен нижних конечностей в сочетании с лидазой проведено у 40 больных, из них у 10 после окончания курса лечения была произведена контрольная флебография. Уже к концу первого курса лечения у всех больных исчезли боли, уменьшились отеки и ощущения тяжести при ходьбе, восстановился цвет кожи, повысилась кожная температура.

По литературным данным [1, 2, 5], реканализация вен наступает начиная с 1—2-го года после развития тромбоза глубоких вен. Наши клинические и флебографические исследования у 40 больных после лечения показали, что реканализация возможна и в более ранние сроки. Из 10 исследованных с помощью флебографии больных с илеофеморальными продолженными тромбозами у 6 после проведенного лечения в сочетании с лидазой на 5—7-ом месяце от начала заболевания наступила реканализация, а у одной больной вены были реканализованы к концу 3-го месяца после тромбоза глубоких вен.

По данным полученных флебограмм (рис. 1, 2, 3), поверхностные вены находились в функционально хорошем состоянии и имели неизменные клапаны. Подколенная и бедренная вены, сохранив естественный изгиб, были полностью реканализованы и имели широкий просвет с незначительной шероховатостью стенок. Коллатеральная субфасциальная венозная сеть была хорошо развита, особенно в области бедра. Двум больным с хорошими клиническими результатами флебография была произведена в первые два месяца после тромбоза. При этом реканализация не была отмечена, однако как на голени, так и на бедре виднелось большое число широких новообразованных коллатералей субфасциальных вен. Отдаленные результаты лечения ранних тромбозов глубоких вен в сроках от 1 года до 5 лет показали благоприятность течения посттромбофлебитического процесса в нижних конечностях. Лишь у одного больного после наступления реканализации на 3-м году заболевания была обнаружена недееспособность околососудистых дренажных вен. Этому больному была произведена операция Коккетта, исход хороший. Остальные больные после консервативного лечения



Рис. 1. а—острый илеофemorальный продолженный тромбоз 15-дневной давности. б—флебограмма того же больного к концу 6-го мес. после перенесенного тромбоза глубоких вен. Полная реканализация глубоких вен.



Рис. 2. а—тромбоз глубоких вен 4-мес. давности. Начало реканализации. б—повторная флебограмма на 7-м мес. перенесенного тромбоза. Глубокие вены реканализированы.



Рис. 3. Флебограмма, произведенная начале 4-го мес. после перенесенного илеофemorального флеботромбоза. Реканализация глубоких вен.

находятся в хорошем состоянии без проявления клинических симптомов посттромбофлебитического синдрома. Таким образом, при своевременном и разумном проведении консервативного лечения больных можно добиться реканализации глубоких вен в ранней стадии болезни. При ранней реканализации с разгрузкой подкожных вен нарастает давление в глубоких венах, чему способствует, в первую очередь, компрессия конечностей эластическими бинтами. Благодаря этому расширяется просвет реканализированной вены, которая, преодолевая сопротивление еще неокрепших рубцовых сращений венозной стенки, отчасти восстанавливает эластичность последней. В результате перестройки кровообращения в относительно ранние сроки после наступления острого тромбоза снижается венозное давление в поверхностных венах, что позволяет сохранить дееспособность клапанов подкожных и перфорантных вен. Это способствует установлению компенсированной стадии посттромбофлебитического синдрома, не требующего хирургической коррекции.

Комплексное лечение в сочетании с лидазой нами применяется также при посттромбофлебитическом синдроме с целью предоперационной подготовки и у больных с облитерацией глубоких вен.

Таким образом, ранняя реканализация, предотвращение околососудистых фиброзных изменений тканей и стенок вен является важным звеном в профилактике посттромбофлебитического синдрома. Быстрое восстановление венозного оттока в конечностях обеспечивает на длительный срок компенсаторное состояние. Будут ли эти больные подвергнуты в будущем корригирующим операциям, покажут отдаленные клинические наблюдения. Однако обнадеживающие результаты, основанные на небольшом опыте лечения ранних тромбозов глубоких вен нижних конечностей, позволяют думать, что даже в случае клинического проявления посттромбофлебитического синдрома не наблюдается той печальной картины грубых изменений трофики пораженной конечности, с которыми так часто приходится сталкиваться в повседневной клинической практике.

Флебологическая лаборатория

кафедры общей хирургии

Ереванского медицинского института

Поступило 21/V 1969 г.

Ս. Մ. ԳԱՍՏՅԱՆ, Պ. Պ. ԱՆԱՆԿՅԱՆ, Ս. Մ. ԳԱՍՏՅԱՆ

ՍՏՈՐԻՆ ՎԵՐՋՈՒՅԹՆԵՐԻ ԹՐՈՄԲՈԶԻ ԵՆԹԱՐԿՎԱԾ ԽՈՐԱՆԻՍՏ
ԵՐԱԿՆԵՐԻ ԱՆՑԱՆԵԼՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳԵՄԱՆ ԺԱՄԿԵՏՆԵՐԻ
ԿՐՃԱՏՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Ստորին վերջույթների խորանիստ երակների սուր թրոմբոզը հաճախ հանգեցնում է հետթրոմբոֆլեբիտիկ սինդրոմի զարգացմանը, որը դրսևորվում է դժվար բուժելի հանդերձամիկ և տրոֆիկական խանգարումներով: Վերջիններիս

կանխման համար վճռական նշանակություն ունի խցանված երակների անցանելիության հնարավոր կարճ ժամկետներում վերականգնումը:

Նշենելով հետթրոմբոֆլեբիտիկ սինդրոմի ախտածին մեխանիզմից, հեղինակները կիրառել են կոնսերվատիվ բուժման ալնպիսի կոմպլեքս, որը բարելավում է երակներում զարգացած բորբոքային պրոցեսի ընթացքը, կանխում թրոմբոզի հետագա ծավալումը, դուրս բերում օրգանիզմը ալերգիկ վիճակից և վերացնում արյունատար անոթների սպազմը: Նույն նպատակներով հեղինակները օգտվել են նաև արյան մակարդման ու հակամակարդման համակարգը կարգավորող միջոցներից, ինչպես նաև հիվանդ վերջույթի վրա օգտագործել առաձգական սեղմիչ կապեր:

Ախտահարված երակների շրջանում ներծծման պրոցեսների ակտիվացման, ինչպես նաև սպիական փոփոխությունների զարգացումը կանխելու համար բուժական կոմպլեքսի մեջ են մտցվել նաև լիդազա և տրիպսին: Բուժման պրոցեսի ամբողջ ընթացքում մեծ տեղ է տրվել հիվանդ վերջույթի համար չափավորված բուժական վարժություններին:

40 հիվանդների վերոհիշյալ ձևով բուժման կլինիկական և ֆլեբոգրաֆիկ կոնտրաստ հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ախտահարված երակների անցանելիությունը վերականգնվում է մի քանի անգամ ավելի վաղ ժամկետներում, և կանխվում է հետթրոմբոֆլեբիտիկ սինդրոմի ծանր ձևերի զարգացումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аскерханов Р. П. Вестник хирургии, 1966, 12, стр. 55.
2. Васютков В. Я. Вестник хирургии, 1967, 9, стр. 99.
3. Еланский Н. Н., Васютков В. Я. Хирургия, 1965, 9, стр. 42.
4. Захарова Г. Н., Никифоров В. И., Маргалис Э. П. Вестник хирургии, 1968, 3, стр. 103.
5. Зеленин Р. П. Вестник хирургии, 1957, 5, стр. 41.
6. Савельев В. Е., Думпе Э. П., Яблоков Е. Г. Вестник хирургии, 1967, 5, стр. 26.
7. Тальман И. М. Варикозное расширение вен нижних конечностей. М., 1961.
8. Boyd A. M. Brit med. J., 1950, 2, 269.
9. Dodd H. and Cockett F. B. The pathology and surgery of the veins of the lower limb. Edinburd—London, 1956.
10. Gjores J. Angiol., 1955, 9, 51.
11. Halse T. Das postthrombotische Syndrom. Darmstadt, 1954.
12. Servelle M. Rey. chir., 1950, 5, 69.
13. Zilliacus H. Acta med. scand., 1946, 1, 171.