

УДК 616.14-008.1:616.147.38-002.1-007.64

В.І. Русин, В.В. Корсак, П.О. Болдіжар, В.М. Лопіт, С.С. Сірчак, О.С. Краснополська
 Кафедра хірургічних хвороб (зав. – проф. В.І. Русин) Ужгородського національного університету

ВЕНОЗНИЙ РЕФЛЮКС ПРИ ГОСТРОМУ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТІ МАЛОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ

Резюме. На базі хірургічної клініки ЗОКЛ імені Андрія Новака м. Ужгород обстежено та проліковано 53 хворих з ГВТФ МПВ. У 41(82%) пацієнта з ГВТФ системи МПВ мав місце перехід тромботичного процесу на глибоку венозну систему. При цьому рефлюкс по підколінній вені і суральних венах спостерігався у 9 (17%). Неспроможність сафено-підколінного співустья виявлена у 39 (73,6%). Патологічний венозний рефлюкс по стовбуру МПВ до місця проксимальної межі тромбозу спостерігався у 12 (22,6%). При виконанні втручань на МПВ слід обов'язково ліквідувати усі джерела рефлюксу, що у свою чергу запобігає поширенню тромбозу та переходу його на глибоку венозну систему.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт, мала підшкірна вена, рефлюкс.

Особливістю висхідного гострого варикотромбофлебіту (ГВТФ) поверхневих вен є несподівана зміна його перебігу, яка пов'язана з переходом тромбу на глибокі вени. Надзвичайно важливим є пошук нових критеріїв, що стимулюють та провокують тромбоутворення на базі яких можна прогнозувати процес розвитку патології.

Між тим, рефлюкс лежить в основі розвитку патогенезу хронічної венозної недостатності (ХВН), викликаній як порушенням прохідності так і розширенням вен. Логічно припустити, що пік місцевих порушень гемодинаміки в патогенно змінених венах, знаходиться в ділянці зіткнення венозного рефлюкса з верхівкою тромба [1, 2]. Вплив венозного рефлюксу на розвиток ГВТФ практично не вивчено. Дуже мало даних і про динаміку тромбоутворення та флебогемодинаміку при ГВТФ на основі ультразвукового ангіосканування з кольоровим дуплексуючим (КДС). А стосовно взаємовідносин рефлюксу із тромбоутворенням у поверхневих венах інформація практично взагалі відсутня [3-5]. Тому ми поставили перед собою наступну мету дослідження.

Мета дослідження: з'ясувати місце венозного рефлюксу в розвитку та прогнозуванні гострого варикотромбофлебіту малої підшкірної вени (МПВ).

Матеріал і методи. На базі хірургічної клініки ЗОКЛ ім. А. Новака м. Ужгорода обстежено та проліковано 53 хворих з ГВТФ МПВ. Згідно міжнародної класифікації СЕАР хворі були розподілені за стадіями: С3-3 (5,7%) хворих, С4-27 (50,9%), С5-23 (43,4%). Клінічні варіанти ГВТФ у басейні МПВ представлені у таблиці 1.

Рефлюкс у МПВ у підколінній ямці від устья до колінної щілини рахували локальним, від устья впадання МПВ до середньої третини гомілки – розповсюдженим. Вертикальний рефлюкс у системі МПВ від устья впадання до зовнішньої кісточки – тотальним.

Вертикальний рефлюкс у стегновій, підколінній та задніх великогілкових венах протягом однієї третини відповідного сегмента кінцівки (стегно, гомілка) розцінювали як перший ступінь клапанної недостатності відповідних глибоких вен нижньої кінцівки. Вертикальний рефлюкс

Таблиця 1

Варіанти ГВТФ у басейні МПВ

Локалізація ГВТФ	Кількість хворих
ГВТФ стовбуру МПВ у с/3	12 (22,6%)
ГВТФ стовбуру МПВ з переходом на співустья	7 (13,2%)
ГВТФ з флотуючим тромбом у підколінній вені	12 (22,6%)
Посидане ураження ВПВ та МПВ з флотуючими тромбами у стегновій та підколінній венах	2 (3,8%)
ГВТФ МПВ із переходом тромбозу на двочеревцеві пазухи	9 (17%)
ГВТФ МПВ із переходом через литкові перфоранти на малогілкові вени у вигляді “запонки”	3 (5,7%)
ГВТФ МПВ із переходом через литкові перфоранти на камбалоподібну пазуху	2 (3,8%)
ГВТФ МПВ із переходом через вену Джакоміні на глибоку вену стегна та флотуючим тромбом у стегновій вені	4 (7,5%)
Грибоподібна форма ГВТФ на гомілці у басейні МПВ без тромбозу перфоранта	2 (3,8%)
Усього	53 (100%)

© Русин В.І., Корсак В.В., Болдіжар П.О., Лопіт В.М., Сірчак С.С., Краснополська О.С., 2014

протягом двох третин сегмента – як другий ступінь, протягом усього сегмента – як третій ступінь клапанної недостатності. З метою об'єктивної оцінки рефлюксу у підколінній вені був використаний розрахунок рефлюкс-індексу. Клапанна неспроможність підколінної вени відповідає рефлюкс-індексу, якщо він є більший 0,40.

Наступним етапом, визначали горизонтальний рефлюкс на стегні та гомілці, при цьому наявність до двох перфорантних вен розцінювали як поодинокій рефлюкс. Від трьох та більше недостатніх перфорантних вен в межах одного сегмента – як множинний, при множинному ураженні перфорантів стегна та гомілки – тотальний [1].

Результати дослідження та їх обговорення.

Локальний рефлюкс у МПВ виявлено у 19 (35,8%), розповсюджений у 21 (59,6%), тотальний у 13 (24,5%). Горизонтальний рефлюкс у перфорантних венах виявлений у всіх хворих, причому у 16 (30,2%) він був множинний, у 10 (18,9%) хворих – тотальний. При цьому середній діаметр вен становив $5.8 \pm 0,9$ мм. Частота ураження різних груп перфорантних вен представлена в таблиці 2.

Середня тривалість рефлюксу у поверхневій стегновій вені становила $4,4 \pm 1,1$ с, у підколінній вені – $3,1 \pm 1,2$ с, у задніх великогомілкових венах – $1,9 \pm 0,5$ с. Гемодинамічно значимий рефлюкс у поверхневій стегновій вені виявлений у 3 (5,7%) пацієнтів, у підколінній – у 11 (20,8%) хворих (рефлюкс-індекс становив $0,51 \pm 0,02$), у тібійальній – у 3 (5,7%). При вивченні взаємовідносин рефлюксів крові у поверхневих, перфорантних та глибоких венах встановлено, що у 51% хворих мала місце дія одночасно і вертикального, і горизонтального рефлюксів. При цьому вертикальний рефлюкс виявлено у два рази частіше ніж горизонтальний, і практично у всіх хворих він доходив до верхівки тромбу. Перехід

тромботичного процесу через сафено-підколінне співустьє (СПС) виявлено у 7 (13,2%) пацієнтів, флотуючий тромб – у 12 (22,6%), тромбоз перфорантних вен у басейні МПВ – у 5 (9,4%).

Отже, перехід тромбозу на глибокі вени виявлено у 24 (45,3%) пацієнтів, але клінічно це не проявилось. Ще 7 хворих мали ГВТФ стовбуру МПВ з переходом на співустьє, 9 пацієнтів – ГТГФ з переходом тромбозу на двочеревцеві пазухи, 4 – ГТВФ МПВ із переходом через вену Джіакоміні на глибоку вену стегна з флотуючою частиною у стегновій вені. При цьому рефлюкс по підколінній вені і суральним венам діагностовано у 9 (17%) хворих. Неспроможність СПС виявлена у 39 (73,6%). Патологічний венозний рефлюкс по стовбуру МПВ до місця проксимальної межі тромбозу спостерігався у 12 (22,6%) пацієнтів.

За даними Е. Ascher (2003) ГВТФ МПВ пов'язаний з тромбозом глибоких вен у 65,6% випадків [2]. На наш погляд, це можна пояснити наступними обставинами: стовбур МПВ значно меншої довжини ніж ВПВ, що сприяє швидкому поширенню тромбофлебіту до СПС; значна анатомічна варіабельність МПВ і її приток; вираженість гемодинамічних змін при згинанні у колінному суглобі, що збільшує ймовірність відриву флотуючих тромбів; флотуючий характер тромбозів на рівні СПС; відсутність маніфестуючих клінічних ознак ГВТФ стовбура МПВ; менший досвід хірургів в обробці СПС, ніж щодо роботи на проксимальних відділах ВПВ; загроза пошкодження нервових стовбурів під час виділення МПВ при паравазальному інфільтраті; можливість поєднання тромбозу стовбура МПВ з тромбозом литкових вен з поширенням через литкові перфоранти на двочеревцеві пазухи у малоомілкові вени, через камбалоподібну пазуху – у глибоку вену гомілки; поширення процесу на

Таблиця 2

Частота уражень перфорантних вен гомілки та протяжність венозного рефлюксу в глибоких венах

Група перфорантних вен	Кількість хворих	Глибокі вени	Ступінь клапанної недостатності	Кількість хворих
Група Коккета	17 (17,9%)	Поверхнева стегнова вена	Клапани повноцінні	50 (94,3%)
Група Бойда	4 (4,2%)		I ст.	3 (5,7%)
			II ст.	-
			III ст.	-
Група Шерлока	3 (3,2%)	Підколінна вена	Клапани повноцінні	27 (50,9)
Малоомілкова група	2 (2,1%)		I ст.	15 (28,3%)
			II ст.	11 (20,8%)
			III ст.	-
Задньої поверхні (басейн МПВ)	29 (30,5%)	Задні великогомілкові вени	Клапани повноцінні	32 (60,4%)
Kay et Kuster (позаду кісточкові)	1 (1,1%)		I ст.	18 (33,9%)
			II ст.	3 (15,7%)
			III ст.	-

СПС при тромбозі литкових вен, що впадають у стовбур МПВ у підколінній ямці; некваліфіковані втручання на МПВ, що збільшують ризик розвитку тромбозу глибоких вен; наявність кількох взаємопов'язаних венозних рефлюксів у підколінній ямці, що можливо виявити та оцінити тільки за умови проведення КДС та наявності кваліфікованого фахівця.

Якщо проаналізувати ці дані, стає цілком очевидним, що у 42% хворих з висхідним тромбофлебітом стовбуру МПВ процес тромбоутворення мав напрям у бік вертикального рефлюксу, що пояснює велику кількість пацієнтів з флотуючими тромбами у підколінній вені та ураженням співустья. Рефлюкс у суральних венах виявлений у 6 (12%) хворих.

Отже, при виконанні втручань на МПВ слід

обов'язково ліквідувати усі джерела рефлюксу, що у свою чергу запобігає поширенню тромбозу та переходу його на глибоку венозну систему.

Висновки. При плануванні втручання на МПВ з метою ліквідації венозного рефлюкса у підколінній ямці потрібно керуватися такими положеннями:

1. Видаляти необхідно тільки варикозно-розширені вени.

2. Обов'язкова ліквідація усіх джерел рефлюкса, пов'язаних з МПВ, що можливо тільки за умови виконання доопераційного КДС.

3. Перев'язка СПС повинна бути виконана тільки пристінково на рівні підколінної вени.

Перспективи наукового пошуку. Подальше удосконалення запропонованого патогенетично обґрунтованого оперативного лікування гострого варикотромбофлебіту малої підшкірної вени

Список використаної літератури

1. *Summary of Guidelines of the American Venous Forum / Handbook of Venous Disorders. 3rd ed / P. Gloviczki, M.C. Dalsing, B. Eklof [et al.] // London: Hodder Arnold. – 2009. – P. 714.*
2. *The influence of residual below-knee reflux and incompetent perforating veins on venous function after stripping surgery / S. Sugiyama, H. Uchida, Y. Miyade [et al.] // Ann. Vasc. Dis. – 2013. – № 6(2). – P. 159-163.*
3. *Систематизація ультрасонографічної діагностики основних форм венозної гіпертензії у хворих з варикозною хворобою нижніх кінцівок / В.І. Русин, П.О. Болдіжар, Ф.В. Горленко [та ін.] // Сучасні мед. технології. – 2010. – № 1(5). – С. 53-58.*
4. *Lesser saphenous vein thrombophlebitis: its natural history and implications for management / E. Ascher, J.N. Hanson, S.A. Salles-Cunha Hingorani [et al.] // Vasc-Endovascular-Surg. – 2003. – Vol. 37, № 6. – P. 421-427.*
5. *Malgor R.D. Diagnosis of venous disease with duplex ultrasound / R.D. Malgor, N. Labropoulos // Phlebology. – 2013. – Suppl. 1. – P. 158-161.*

ВЕНОЗНИЙ РЕФЛЮКС ПРИ ОСТРОМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЇ ВЕНИ

Резюме. На базі хірургічної клініки ЗОКБ ім. А. Новака г. Ужгород обстежено і пролічено 53 больних с ОВТФ МПВ. У 41(82%) больного с ОВТФ системи МПВ имел место переход тромботического процесса на глубокую венозную систему. При этом рефлюкс по глубокой подколенной вене и суральным венам наблюдался у 9 (17%) больных. Несостоятельность сафено-подколенного соустья обнаружена у 39 (73,6%). Патологический венозный рефлюкс по стволу МПВ до уровня проксимальной границы тромбоза диагностирован у 12 (22,6%) пациентов. При выполнении вмешательств на МПВ следует обязательно ликвидировать все источники рефлюкса, что в свою очередь предотвращает распространение тромбоза и переход его на глубокую венозную систему.

Ключевые слова: острый варикотромбофлебит, малая подкожная вена, рефлюкс.

VENOUS REFLUX IN CASE OF ACUTE VARICOSE THROMBOPHLEBITIS OF THE MINOR SAPHENOUS VEIN

Abstract. On the basis of the surgical clinic of A.Novak Regional Hospital 53 patients with acute varicose thrombosis of the minor saphenous vein were examined and treated. In 41 (82%) patients thrombotic process spread to the deep venous system. Reflux along the deep popliteal vein and sural veins was diagnosed in 9 (17 %) patients. Insufficiency of saphenous-popliteal junction was found in 39 (73.6 %). Pathological venous reflux along the minor saphenous vein trunk to the proximal border level was diagnosed in 12 (22.6%) patients. Surgery on the minor saphenous vein should necessarily eliminate all the sources of reflux, which prevents the spread of thrombosis and its transition to the deep venous system.

Key words: acute varicose thrombophlebitis, minor saphenous vein, reflux.

Uzhgorod National University (Uzhgorod)

Надійшла 18.03.2014 р.

Рецензент – проф. Домбровський Д.Б. (Чернівці)