

УДК 616.14-002-005.6-007.64-036.11-089

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ

Болдіжар П.О., Левчак Ю.А., Корсак В.В., Русин В.І.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: клінічний матеріал – 925 пацієнтів, яким загалом було виконано 1000 операційних втручань. У залежності від виду та об'єму операційних втручань умовно виділені чотири клінічні групи. Обов'язковим методом діагностики варикотромбофлебіту є кольорове дуплексне сканування, яке у кожному конкретному випадку визначає об'єм оперативного втручання. При неускладненому перебігу гострого варикотромбофлебіту найбільш патогенетично обгрунтованим об'ємом оперативного лікування слід вважати одномоментну радикальну комбіновану флебектомію, а при переході тромботичного процесу на глибокі вени нижньої кінцівки – комбіновану флебектомію з тромбектомією з глибокої венозної системи з метою профілактики тромбоемболії легеневої артерії.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт, хірургічне лікування, радикальна комбінована флебектомія

Вступ. Гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) є основним та найбільш поширеним ускладненням варикозної хвороби нижніх кінцівок. Частота розвитку сягає 3-11% [3]. Здебільшого гострий варикотромбофлебіт розглядають як незагрозливий процес, що обмежується самостійно і має доброякісний перебіг. Проте прогресивне протікання гострого варикотромбофлебіту приводить до розповсюдження тромбозу через сафено-феморальне і/або сафено-поплітеальне співгірло, а також неспроможні перфорантні вени в глибоку венозну систему, що тим самим підвищує ризик розвитку тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) [2, 5, 8]. Незважаючи на існуючі схеми лікування ГВТФ, на сьогодні немає єдиної чіткої стратегії ведення даної категорії пацієнтів і питання хірургічного лікування залишається дискусійним. Завданнями хірургічного лікування ГВТФ є попередження розповсюдження тромбозу у глибоку венозну систему і можливу ТЕЛА, ліквідація тромбів у глибокій системі та перфорантних венах, попередження переходу ізольованого ГВТФ приток великої підшкірної вени у її незмінений стовбур, попередження рецидиву ГВТФ. На сьогодні залишається також відкритим питання об'єму хірургічного лікування. Відсутність чітких показів до хірургічного лікування, а також критеріїв вибору об'єму операції спонукають до пошуків оптимальних варіантів вирішення проблеми.

Мета дослідження. Визначити тактику хірургічного лікування пацієнтів із ГВТФ.

Матеріали та методи. Протягом 1995-2010 рр. у хірургічній клініці ЗОКЛ ім. А.Новака було прооперовано 925 пацієнтів із варикозною хворобою, ускладненою ГВТФ, яким було виконано 1000 оперативних втручань. Вік хворих склав від 24 до 82 років, серед них було 74,4% жінок та 25,6% чоловіків. Усім пацієнтам протягом останніх 6 років проводили детальне ультразвукографічне обстеження поверхневих та глибоких вен на апараті „Zonare” з набором лінійних (5-10МГц) та конвексних (2-5МГц) датчиків. Також мінімальний алгоритм доопераційного обстеження включав у себе визначення загального аналізу

крові, сечі, рівня глікемії, групи крові, виконання ЕКГ та консультації кардіолога та анестезіолога.

Нами було виділено умовні чотири групи пацієнтів у залежності від виду та об'єму операції. У першій клінічній групі було виконано 639 (63,9%) традиційних флебектомій. Пацієнти даної групи були госпіталізовані безпосередньо у відділення хірургії судин. До другої клінічної групи увійшли хворі, у яких ГВТ ускладнив післяопераційний перебіг протягом 24-72 годин з моменту виконання порожнинних або інших оперативних втручань. Ці пацієнти здебільшого знаходилися у різних відділеннях хірургічного профілю і їм було виконано 41 (4,1%) кросектомію. У третій клінічній групі було виконано 110 (11%) стовбурових венектомій пацієнтам, у яких ГВТ ускладнив післяопераційний перебіг, але пізніше 72 годин з моменту оперативного втручання з приводу основної патології. До четвертої клінічної групи були включені хворі, у яких тромботичний процес із поверхневих вен перейшов на глибоку систему. Пацієнта даної групи було виконано 210 оперативних втручань (табл.1).

Результати досліджень та їх обговорення. На сьогодні, на наш погляд, стандартом діагностики ГВТФ є кольорове дуплексне сканування, яке дає можливість визначати локалізацію та протяжність тромботичного процесу, підтвердити або виключити наявність флотажії тромбу, стан перфорантних вен та втягнення у процес глибоких вен. Слід відзначити хибність положення, що рівень запальних явищ може бути об'єктивним критерієм для оцінки рівня тромбозу. Тільки у 25% хворих межа тромбозу за даними дуплексного сканування співпала з візуальними проявами захворювання [1, 7].

У хірургічній клініці ЗОКЛ дотримуються активної та радикальної хірургічної тактики у лікуванні ГВТФ. Вибір об'єму хірургічного втручання базувався на врахуванні локалізації та розповсюдженості ГВТФ та емболозагрозливості тромбозу. На нашу думку, давність захворювання не відіграє ключової ролі у визначенні показів до

операційного лікування, оскільки міграція тромбозу можлива у будь-якій термін від початку захворювання. Радикальне хірургічне лікування передбачає не тільки усунення загрози глибокого венозного тромбозу і легеневого емболізму, але й

ліквідацію варикотромбофлебиту та варикозної хвороби. Радикальність оперативного лікування передбачає видалення усіх варикозно розширених вен із обов'язковою перев'язкою недостатніх перфорантних вен.

Таблиця 1

Види втручань у пацієнтів четвертої групи

Ураження ВПВ з флотуючим тромбом у стегновій вені (n= 45)	Відкрита тромбектомія із стегнової вени + стовбурова венектомія
Ураження МПВ з флотуючим тромбом у підколінній вені (n= 21)	Відкрита тромбектомія із підколінної вени + видалення МПВ
Посідане ураження ВПВ та МПВ з флотуючими тромбами у стегновій та підколінній венах (n= 2)	Відкриті тромбектомії із стегнової та підколінної вен + видалення ВПВ та МПВ
Тромбоз гирла ВПВ (n= 131)	Тромбектомія з гирла ВПВ + венектомія
Ураження ВПВ та перфоранта Коккета з поширенням тромбозу на одну із гомілкових вен (n= 5)	Стовбурова венектомія + лігування тромбованої гомілкової вени при впадінні у підколінну вену
Ураження МПВ з переходом тромбозу на двочеревцеві синуси (n= 3)	Видалення МПВ + резекція тромбованих двочеревцевих синусів
Ураження МПВ з переходом тромбозу на глибоку вену та флотуючим тромбом у стегновій вені (n= 3)	Видалення флотуючого тромбу з стегнової вени + лігування глибокої вени стегна

Питання доброякісного перебігу тромбофлебиту поверхневих вен гомілки теж є сумнівним, оскільки частота переходу тромбозу у глибокі вени є достатньо суттєвою. Також не слід применшувати загрози тромботичного ураження малої підшкірної вени, оскільки зв'язок останньої з глибокими венами та ВПВ є надзвичайно варіабельним [4,6]. Даній категорії пацієнтів обов'язково слід виконувати детальне ультрасонографічне обстеження із визначенням прохідності підколінної, суральних вен, перфорантних вен, оцінкою залучення у процес вени Джакоміні та глибокої вени стегна.

У першій клінічній групі було виконано 639 традиційних венектомій. Нагноєння післяопераційних ран спостерігали у 8 (1,25%) випадках, лімфорея – у 26 (4,06%), крайові некрози шкіри мали місце у 37 (5,8%) випадках. Всі пацієнти першої групи оперовані в ургентному порядку, як правило, у перші години перебування у стаціонарі. Призначення антикоагулянтів у хворих першої групи вважали не доцільним. У разі вираженого втягнення у запальний процес шкіри, для профілактики крайових некрозів, виконували висічення шкіри разом з прилягаючою до неї тромбованою веною та паравазальною клітковиною. Середнє перебування на ліжку склало 7,5 доби. Серед пацієнтів даної групи післяопераційної летальності не спостерігали.

Пацієнти другої клінічної групи оперовані в терміни від 24 до 72 годин після виконання операцій з приводу основного захворювання (онкологічні, урологічні, гінекологічні та інші). Враховуючи важкість загального стану пацієнтів даної групи та високий операційний ризик, ми обмежилися мінімальним об'ємом втручання – кросектомією (високою пригирловою резекцією

великої підшкірної вени стегна з усіма пригирловими поверхневими венами, що впадають у цю ділянку), яка була виконана у 41 випадку. Нагноєння післяопераційних ран спостерігали у 1 (2,4%) випадку. Середнє перебування на ліжку залежало від перебігу та ускладнень основного захворювання. Один пацієнт помер у результаті масивної тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) і післяопераційна летальність становила 2,4%. Основною метою кросектомії у хворих другої групи було запобігти поширенню тромбоза на глибокі вени, враховуючи можливість виконання повноцінної венектомії у віддаленому періоді. Проте летальний випадок спричинений ТЕЛА свідчить про можливість поширення тромботичного процесу на глибокі вени через неспроможні перфорантні вени і у такому випадку кросектомія не є адекватним об'ємом хірургічної профілактики ТЕЛА. Враховуючи вищенаведені результати, з 2008 року ми переглянули наші позиції, щодо необхідності мінімалізації об'єму хірургічного лікування і не застосовували кросектомію в ізольованому варіанті.

У пацієнтів третьої клінічної групи, яким виконали 110 стовбурових венектомій, нагноєння післяопераційних ран спостерігали у 5 (4,5%) випадках. Лімфорея виявлена у 2 (1,8%) випадку. Крайові некрози шкіри мали місце у 4 (5,3%) та лімфоцеле – у 1 (0,9%) випадках. Післяопераційної летальності не спостерігали. Середнє перебування на ліжку, як і у пацієнтів другої групи, залежало від перебігу та ускладнень основного захворювання. Пацієнти третьої клінічної групи оперовані після 3-х діб з моменту виконання втручання з приводу основного захворювання, коли мала місце певна стабілізація вітальних показників та

нормалізація загального стану пацієнтів, тому у них ми вважали за доцільне виконання стовбурової венектомії – видалення великої підшкірної вени на всій довжині.

У хворих четвертої клінічної групи тромботичний процес з поверхневих вен поширився на глибоку систему через сафено-феморальне та сафено-поплітеальне співгірла та неспроможні перфорантні вени. Перехід тромботичного процесу з поверхневих вен на глибокі призвів до необхідності сегментарного виділення глибоких вен та виконання відкритої або напіввідкритої тромбектомії. У такої категорії пацієнтів питання адекватного ультразвукового дуплексного сканування в плані доопераційного обстеження є особливо актуальним. Це дає можливість чіткого визначення характеру тромботичного процесу. При тромбованих сафено-феморальному та сафено-поплітеальному співгірлах, на наш погляд, доцільним є виділення сегмента стегнової або підколінної вени та перекриття кровоплину по ним на час маніпуляцій з гірлом, оскільки необачні дії можуть призвести до фрагментації тромбу і розвитку інтраопераційної ТЕЛА. Нагноєння післяопераційних ран у пацієнтів четвертої клінічної групи ми не спостерігали. Лімфоцею діагностовано у 14 (6,6%) випадках, та формування лімфоцеле протягом першого місяця спостерігали у 3 (1,4%) пацієнтів. Середнє перебування у стаціонарі склало 10,6 діб. Жодного випадку ТЕЛА у пацієнтів четвертої групи не спостерігали. Усім хворим у післяопераційного

періоді призначали прямі антикоагулянти та препарати, що покращують реологічні властивості крові. Крім цього, пацієнтам рекомендували протягом 6 місяців приймати непрямі антикоагулянти.

На сьогодні відсутня єдина стратегія лікування хворих із ГВТФ. Вибір варіантів хірургічного лікування при ГВТФ залежить від багатьох факторів і є індивідуальним. Проте основною метою лікування є, насамперед, профілактика загрози тромбоемболічних ускладнень, що може забезпечити тільки активна хірургічна тактика. Найбільш адекватним хірургічним об'ємом слід вважати одномоментну радикальну комбіновану флебектомію в ізолюваному варіанті або у поєднанні із тромбектоміями з глибокої системи. У цьому випадку хірургічне лікування спрямоване на ліквідацію і ГВТФ, і варикозної хвороби.

Висновки.

1. При неускладненому перебігу гострого варикотромбофлебиту найбільш патогенетично обґрунтованим об'ємом оперативного лікування слід вважати одномоментну радикальну комбіновану флебектомію.

2. Найбільш адекватним хірургічним об'ємом лікування ГВТФ при переході тромботичного процесу на глибокі вени нижньої кінцівки є комбінована флебектомія з тромбектомією з глибокої венозної системи і лікування окремих уражених стовбурів та перфорантів з метою профілактики тромбоемболії легеневої артерії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Золотухин И.А. Ультразвуковая анатомия малой подкожной вены / И.А. Золотухин, В.Ю. Богачев, А.И. Кириенко // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2007. — Т.13, № 4. — С.41—45.
2. Русин В.І. Хірургічні втручання при тромботичних ураженнях поверхневих та глибоких вен гомілки / В.І. Русин, Ю.А. Левчак, П.О. Болдіжар // *Український журнал хірургії*. — 2009. — №3. — С.120—124.
3. *Флебология: руководство для врачей* / [Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др]; под ред. В.С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 664с.
4. Allan Paul L., Dubbins Paul A., Pozniak Myron A., McDicken W. Norman. *Clinical Doppler Ultrasound*. — London: Churchill Livingstone, 2000. — P.94.
5. Bergan J.J. *The vein book*/ Bergan J.J. — Amsterdam — Tokyo. — Elsevier Inc., 2007. — P. 292.
6. Fowkes L.A., *The morphology of the varicose short saphenous system*/ L.A.Fowkes, S.G.Darke // *Phlebology*. — 2006. — Vol.21, № 2. — P.55—59.
7. Matthias Hofer. *Teaching manual of color duplex sonography. A workbook on color duplex ultrasound and echocardiography*/ Matthias Hofer. — Stuttgart — New York: Thieme, 2007. — P.81, 84.
8. *Phlebology (5th edition)* / [Ramelet A.-A., Perrin M., Kern P.]. — Elsevier Masson S.A.S. — 2008. — P. 503.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE VARICOTHROMBOPHLEBITIS

Boldizhar P.O., Levchak Y.A., Korsak V.V., Rusin V.I.

Clinical material – 925 patients, who underwent 1000 surgical interventions. We selected four clinical groups depending on a type and extent of operation. An obligatory method of varicothrombophlebitis diagnostics is color duplex scanning which in each specific case determines the extent of surgery. In case of non complicated varicothrombophlebitis the radical combined phlebectomy consider being the most pathogenetically reasonable extent of surgical treatment, and in case of the thrombotic process spread to the deep veins – combined phlebectomy with a thrombectomy from the deep venous system with an aim of pulmonary embolism prophylaxis.

Key words: varicothrombophlebitis, surgical treatment, radical combined phlebectomy