

© В.І. Русин, В.В. Корсак, П.О. Болдіжар, Ю.Ю. Маді, 2012

УДК: 616.147.3-002-005.6-036.11

В.І. РУСИН, В.В. КОРСАК, П.О. БОЛДІЖАР, Ю.Ю. МАДІ

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

ПОЄДНАННЯ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ МАЛОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ З ТРОМБОЗОМ ЛИТКОВИХ ВЕН

У роботі представлений аналіз результатів діагностики та хірургічного лікування 50 хворих на гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) системи малої підшкірної вени (МПВ). При ГВТФ МПВ у 26% хворих спостерігається тромбоз литкових вен, що вимагає резекції тромбованих перфорантів. Кольорове дуплексне сканування топічно визначає наявність рефлюксів, а також анатомічні особливості впадіння литкових вен, що дозволяє обрати правильну тактику лікування. Інтраопераційна профілактика тромбоемболічних ускладнень при ГВТФ у системі МПВ включає етапність наступних хірургічних прийомів: 1) обробка співгирла; 2) поздовжня флеботомія; 3) тромбектомія; 4) пригирлове ушивання флеботомного розрізу; 5) резекція тромбованого сегменту підшкірної вени у межах рани; 6) при ураженні гомілкових вен – тромбектомія з тимчасовою перев'язкою; 7) SEPS; 8) видалення МПВ; 9) радикальна флебектомія.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт малої підшкірної вени, тромбоз литкових вен, кольорове дуплексне сканування, хірургічне лікування

Вступ. Серед поверхневих вен нижніх кінцівок мала підшкірна вена (МПВ) уражається гострим тромбофлебітом у 15-20% випадків [1]. Частота ураження МПВ в 5-10 разів менша як великої підшкірної, але перехід гострого варикотромбофлебіту (ГВТФ) на підколінну вену спостерігається в 65,6% усіх випадків [4]. Саме відносною рідкістю патології можна пояснити той факт, що у сучасній літературі ГВТФ МПВ приділяється недостатньо уваги.

Багато традиційних поглядів стосовно діагностики та тактики лікування ГВТФ великої підшкірної вени (ВПВ) автоматично, не враховуючи особливостей МПВ, застосовуються і для ГВТФ системи МПВ. Між тим, перед хірургом невідкладно постає маса проблем, пов'язаних з діагностикою цієї патології і її радикальним лікуванням. Одним із цих маловідомих питань є взаємовідносини ГВТФ МПВ з тромбозом литкових вен.

Про взаємовідносини ГВТФ МПВ з тромбозом литкових вен у літературі є дуже мало даних. Фактично, у роботах обмежуються констатацією цього факту. Між тим, необхідність аналізу даної категорії хворих пояснюється тим, що існує тісний анатомічний і функціональний зв'язок МПВ із литковими венами на усіх рівнях гомілки [2,3].

Необхідно зазначити, що медіальні литкові перфоранти і міжпідшкірні дуги перетворюють середній сегмент МПВ на потужний обмінний

пункт крові між басейнами великої й малої підшкірних вен і медіальних литкових вен. Для практичного вирішення завдань діагностики та хірургічної тактики дуже важливе знання і виявлення шляхів сполучення цих двох венозних систем.

Мета дослідження. Визначити анатомічні варіанти взаємовідносин литкових вен і малої підшкірної вени при ГВТФ МПВ.

Матеріали та методи. У хірургічній клініці ЗОКЛ ім. Андрія Новака м. Ужгород прооперовано 50 хворих на ГВТФ системи МПВ.

У 32 (64%) пацієнта на ГВТФ системи МПВ діагностовано поширення тромботичного процесу на глибоку венозну систему. Флотуючий тромб з поширенням через сафено-підколінне співгирло (СПС) діагностовано у 28% випадків, ГВТФ МПВ з поширенням на співгирло – у 14%, ГВТФ МПВ з поширенням тромбозу на двочеревцеві синуси – у 18% випадках.

Патологічний зовнішній дренаж синусів гомілки (задні верхне-медіальні перфоранти гомілки) за нашими даними виявлено у 5 (10%) пацієнтів на ГВТФ МПВ. При цьому ми визначали розширені комуніканти у верхній третині задньої поверхні гомілки. Тромбоз литкових вен виявлений у 12 (24%) випадках усіх спостережень ГВТФ МПВ.

У дослідженій нами групі хворих виконані наступні види операцій (табл. 1).

Таблиця 1

Локалізація тромботичного процесу та види хірургічних втручань

Локалізація тромботичного процесу	Види втручань
МПВ (n=11)	Видалення МПВ
МПВ із переходом на СПС (n=7)	Відкрита тромбектомія із гирла підколінної вени + видалення МПВ
МПВ із флотуючим тромбом у підколінну вену (n=12)	Відкрита тромбектомія із підколінної вени + видалення МПВ

Поєднання уражень МПВ та ВПВ з флотуючими тромбами у стегновій та підколінній венах (n=2)	Відкриті тромбектомії із підколінної та стегнової вен + видалення МПВ та ВПВ
МПВ з поширенням тромбозу на двочеревцеві синуси (n=9)	Перев'язка гирла двочеревцевого синуса + видалення МПВ
МПВ із поширенням через литковий перфорант на малогомілкові вени (n=1)	Перев'язка малогомілкових вен в гирлі + видалення МПВ
МПВ із поширенням через литковий перфорант на камбалоподібний синус (n=2)	Перев'язка в місці впадіння + видалення МПВ
МПВ з поширенням через вену Джіакоміні на глибоку стегнову вену та флотуючим тромбом у стегновій вені (n=4)	Видалення флотуючого тромбу з стегнової вени + лігування глибокої стегнової вени + видалення МПВ, флебектомія вени Джіакоміні
Вена Джіакоміні (n=2)	Дисекція вени Джіакоміні пристінково у місці впадіння її у СПС і у стовбур ВПВ

Як видно з таблиці, провідними моментами комбінованої флебектомії у басейні МПВ були обробка СПС, як першого етапу операції, та обробка неспроможних і тромбованих перфорантів другим етапом. Флебектомія ВПВ не є обов'язковим етапом операції і виконана у 31 (62%) хворого.

Залишається відкритим питання, як бути при тромбозі СПС і рефлюксі у литкові вени? При цьому можливі варіанти: 1) одномоментна перев'язка СПС і корекція сурально-підколінного співгирла, 2) перев'язка обох сполучень; 3) послідовна, двоетапна обробка сполучень: першим етапом обробляється СПС, другим – через 6-8 місяців після зняття ознак запалення у підколінній ямці – корекція сурально-підколінного співгирла.

Результати досліджень та їх обговорення. При поєднанні ГВТФ МПВ з тромбозом литко-

вих вен нами встановлені наступні анатомічні варіанти (рис.1).

1. тромбоз литкових вен і ГВТФ МПВ із поширенням через СПС на підколінну вену;
2. тромбоз литкових вен з поширенням на СПС при впадінні МПВ та литкових вен у підколінну єдиним співгирлом;
3. ГВТФ стовбура МПВ на рівні середньо-нижньої третини гомілки з поширенням через перфорантну вену нижнього полюса Gillot на литкові вени і навпаки;
4. поєднання ГВТФ МПВ з тромбозом медіальної литкової вени;
5. поширення тромбофлебіту стовбура МПВ у середньо-нижній третині через неспроможний комунікант на вену Леонардо і перфоранти Коккета;
6. впадіння стовбура МПВ у литкові вени.

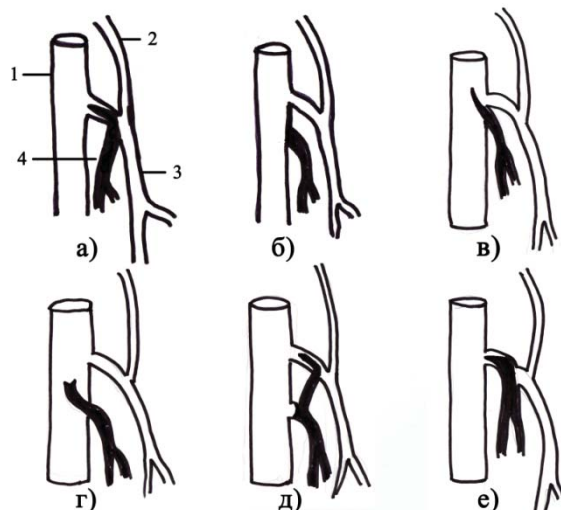


Рис. 1. Варіанти тромбозу литкових вен та взаємовідносин із СПС.

1 – підколінна вена, 2 – вена Джіакоміні, 3 – МПВ, 4 – литкові вени.

- а) впадіння литкових вен у стовбур МПВ;
- б) впадіння литкових вен окремим гирлом у підколінну вену;
- в) впадіння литкових вен єдиним стовбуром у підколінну вену;
- г) ізольоване литково-підколінне співгирло;
- д) подвійне впадіння литкових вен у підколінну та стовбур МПВ;
- е) впадіння МПВ у литково-підколінне співгирло.

Можливі шляхи розповсюдження тромбозу литкових вен представлені на рисунку 2.

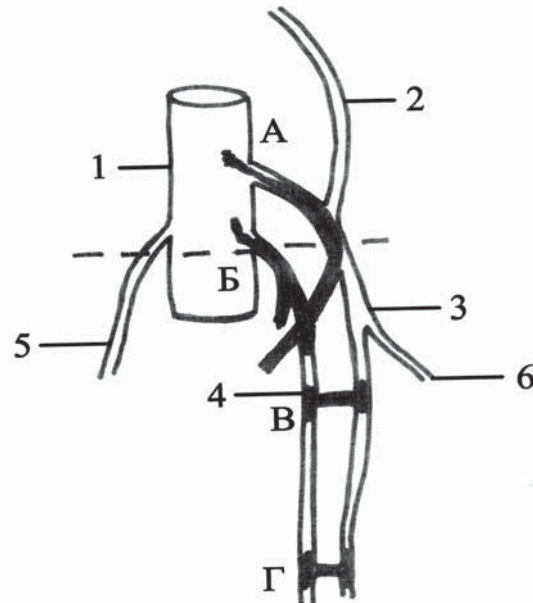


Рис. 2. Шляхи розповсюдження тромбозу литкових вен.

А – флотуючий тромб у підколінній вені з литкової вени через СПС; Б – флотуючий тромб у підколінній вені з литкової вени; В – сегментарний тромбоз МПВ і литкової вени через внутрішньом'язовий литковий перфорант у вигляді «запонки»; Г – сегментарний тромбоз МПВ і литкової вени через прямий перфорант Gillot

1 – підколінна вена; 2 – вена Джакоміні; 3 – МПВ; 4 – литкові вени; 5 – перфорант підколінної вени; 6 – колатераль з ВПВ.

Виявлення різних анатомічних варіантів взаємовідносин литкових вен і малої підшкірної вени надзвичайно важливо і можливе тільки при кольоровому дуплексному скануванні. Знання їх необхідні до операції, оскільки інтраопераційна діагностика різко обмежена і у більшості випадків не вирішує усього комплексу діагностичних і тактичних завдань. Відсутність подібної інформації може бути причиною низки помилок при ізольованій перев'язці СПС. При хірургічному лікуванні тромбофлебіту стовбуру МПВ і відсутності передопераційної ультразвукової діагностики тромбоз литкової вени може залишитися з подальшим розвитком тромбоемболічних ускладнень. При такому поєднанні тромбозу клініка досить нечітка, що пояснює відтермінованість та неадекватність тактики лікування на усіх рівнях надання медичної допомоги. Якщо при ізольованому тромбозі литкових вен питання вирішується на користь дисекції сурально-підколінного співгирла з його пристінковою перев'язкою, то при їх недостатності питання лікування не вирішено навіть у плановій хірургії, а вирішення його при ГВТФ МПВ практично ніким з вітчизняних фахівців не розглядалося.

На підставі узагальнення особистого досвіду та досвіду інших хірургів, а також наших результатів дослідження про роль рефлюксу на тромбоутворення можемо пояснити механізми розвитку тромбозу у басейні МПВ. Важливо ще раз підкреслити, що тромбоутворення може переходити з МПВ на литкові вени і навпаки.

При наявності недостатнього перфоранту між МПВ та синусом скорочення литкового м'яза при ходьбі призводить до виникнення рефлюксу та витиснення венозної крові у МПВ незалежно від стану СПС. Цей фактор (рефлюкс у перфорантах) є провокуючим і визначає напрямок тромбоутворення у бік литкових вен. Для ліквідації його і можливість активного способу життя необхідна компресійна терапія – третій клас компресії. При відсутності компресії можлива флотація крові у перфоранти у протилежних напрямках, що зумовлює і різний напрямок росту тромбу. При наявності тромбозу синуса литкової вени, пов'язаної через недостатній перфорант з варикозним розширенням МПВ, наявність рефлюксу у ній призводить до її тромбозу. Рефлюкс є тією сполучною ланкою, що визначає відсоток випадків ГВТФ МПВ з тромбозом глибоких вен.

Залишається також невирішеним і питання тактики з тромбованими синусами литкових вен. Серед малочисельних даних літератури з приводу цього питання існують кардинально протилежні думки – від консервативної терапії низькомолекулярними гепаринами до перев'язки з висіченням.

За даними ряду авторів у 34% пацієнтів з тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок протягом п'ятирічного періоду, розвивається рецидив захворювання, який у 15% спостережень призводить до ТЕЛА, тому слід надзвичайно обґрунтовано обирати тактику та спосіб лікування [5].

Наша тактика полягала у резекції тромбованих синусів литкового м'яза з пересіченням сурально-

підколінного співгирла і лігуванням кукси безпосередньо у місця впадіння у підколінну вену. Залишення тромбованих синусів після їх перев'язки вважали недоцільним, оскільки це продовжує лікування, а надія на відновлення їх функції невиправдана, і частота їх ретромбозу залишається досить висока.

За час використання розпрацьованого нами діагностичного алгоритму і тактики хірургічного лікування ГВТФ, летальних наслідків та післяопераційних ускладнень, які впливали би на працездатність пацієнта, поширення процесу на глибокі вени нижньої кінцівки, тромбоемболії легеневої артерії ми не спостерігали.

Висновки.

1. При ГВТФ МПВ у 26% хворих спостерігається тромбоз литкових вен, що вимагає резекції тромбованих перфорантів.

2. Без проведення кольорового дуплексного сканування з топічним визначенням усіх рефлексів, а також анатомічних особливостей впадіння литкових вен неможливо обрати правильну тактику лікування і адекватно виконати радикальну операцію.

3. Інтраопераційна профілактика тромбоемболічних ускладнень при ГВТФ у системі МПВ включає етапність наступних хірургічних прийомів:

1) обробка співгирла; 2) повздожня флеботомія; 3) тромбектомія; 4) пригирлове ушивання флеботомного розрізу; 5) резекція тромбованого сегменту підшкірної вени у межах рани; 6) при ураженні гомілкових вен – тромбектомія з тимчасовою перев'язкою; 7) SEPS; 8) видалення МПВ; 9) радикальна флебектомія.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Кириенко А.И. Радикальное хирургическое лечение острого варикотромбофлебита / А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин // Хирургия сердца и сосудов. — 2005. — №2. — С. 43—46.
2. Тактика та хірургічне лікування атипичних форм гострого варикотромбофлебіту / В.І Русин, П.О. Болдіжар, В.В. Корсак [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». — 2011. — № 42. — С. 93 — 97.
3. Fowkes L.A. The morphology of the varicose short saphenous system / L.A. Fowkes, S.G. Darke // Phlebology.— 2006. — Vol.21, N2. — P. 55—59.
4. Lesser saphenous vein thrombophlebitis: its natural history and implications for management / E. Ascher, J.N. Hanson, S. Salles-Cunha [et al.] // Vascular and Endovascular Surgery. — 2003. —Vol. 37, №6 — P. 421—427.
5. The management of short saphenous varicose veins: a survey of the members of the Vascular Surgical Society of Great Britain and Ireland / R.J. Winterborn, W.B. Campbell, B.P. Heather [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. — 2004. — Vol. 28. — P. 400—403.

V.I. RUSYN, V.V. KORSAK, P.O. BOLDIZHAR, Y.Y. MADI

Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Surgical Diseases, Uzhhorod

COMBINATION OF SHORT SAPHENOUS VEIN VARICOTROMBOPHLEBITIS WITH SURAL VEIN THROMBOSIS

The study presents the diagnosis and surgical treatment results analysis of 50 patients with varicothrombophlebitis in the short saphenous vein system. In 26% of patients the sural veins thrombosis was diagnosed, which required the resection of thrombosed perforating veins. Colour duplex scanning typically detects the reflux and anatomical particular confluence of sural veins, which allows choosing the adequate treatment tactics. Intraoperative prophylaxis of thromboembolic complications includes the staged surgical technique: 1) junction correction; 2) longitudinal phlebotomy; 3) thrombectomy; 4) phlebotomy suturing; 5) the resection of thrombosed saphenous vein segment; 6) in case of shin veins involvement – thrombectomy with temporary ligation, 7) SEPS; 8) short saphenous vein stripping; 9) radical phlebectomy.

Key words: short saphenous vein varicothrombophlebitis, sural veins thrombosis, colour duplex scanning, surgical treatment

Стаття надійшла до редакції: 23.05.2012 р.