

В. І. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович
Ужгородський національний університет

ТРАНСФАСЦІАЛЬНИЙ ТРОМБОЗ У СИСТЕМІ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

У роботі наведено аналіз результатів обстеження та лікування 293 хворих з гострим варикотромбофлебітом ускладненим трансфасціальним тромбозом. Обґрунтовано покази до хірургічної профілактики тромбоемболії легеневої артерії при трансфасціальних тромбозах у системі нижньої порожнистої вени. В післяопераційному періоді всім пацієнтам з трансфасціальним тромбозом незалежно від радикальності операційного втручання запропоновано призначити лікування як при тромбозі глибоких вен. При тромбозах глибоких вен поєднаних з поверхневим варикотромбофлебітом підхід до видалення малої підшкірної вени повинен бути диференційованим залежно від поширення тромботичної оклюзії та місця впадіння суральних вен. Впровадження активної хірургічної тактики при флотуючих тромбах у гомілково-підколінному венозному сегменті дозволяє проводити ефективну профілактику тромбоемболії легеневої артерії.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт, трансфасціальний тромбоз, тромбоемболія легеневої артерії, тромбектомія.

Частота тромбозів у системі нижньої порожнистої вени у розвинутих країнах складає 1–4 на 1000 населення, при цьому дві третини пацієнтів з доведеним епізодом тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) не мають жодних симптомів ТГВ, а в одній третині випадків неможливо знайти локалізацію тромботичної оклюзії без патологоанатомічного розтину [1]. Вони є серйозною медичною і соціальною проблемою – в США ГВТ і ТЕЛА обумовлюють до 600000 госпіталізацій на рік, щорічно потребуючи на лікування близько 2,4 мільярди доларів [3].

У 2010–2011 роках після проведення масштабних досліджень Національним інститутом охорони здоров'я та соціального добробуту Об'єднаного Королівства Великобританія виявлено 56 тис. випадків ТГВ та ТЕЛА на рік, тобто більше 1000 випадків на тиждень. Проте, діагноз ТГВ та ВТЕ часто далеко не такий однозначний і в багатьох випадках він діагностований лише посмертно [5]. По даним патанатомічних розтинів приблизно 80% всіх випадків ТГВ і ТЕЛА залишаються без діагностики, навіть якщо вони є безпосередньою причиною смерті [4].

Широко визнано, що пацієнти, які поступили в лікарню з гострим варикотромбофлебітом, особливо схильні до виникнення тромбозів глибоких вен, ризик залишається високим також після виписки [6]. Гострий варикотромбофлебіт трапляється у 30–60% хворих із варикозною хворобою і розповсюджується у глибокі вени у 9–12% випадків, обумовлюючи реальну ембологенну небезпеку у 31,5% спостережень [1].

В таких випадках згідно міждисциплінарних клінічних рекомендацій (2013) виділяють поняття трансфасціальний тромбоз, тобто поширення тромботичного процесу з великої або малої під-

шкірної вени на глибокі вени [2]. Найчастіше це відбувається у місці впадіння стовбурів підшкірних вен у стегову чи підколінну вену, рідше – тромби поширюються через перфорантні вени.

Більшість тромбозів у венах литкових та камбалоподібних м'язів гомілки, при поширенні тромботичного процесу через перфорантні вени, залишаються локалізованими на цьому рівні та характеризуються малосимптомним перебігом, практично не викликаючи жодних клінічних проблем. Однак за певних сприятливих обставин, в тому числі при відсутності антикоагуляційної терапії, тривалій гіподинамії під час подорожей, тромбоз може поширюватися в проксимальному напрямку на підколінну вену і вище [7].

Смертність в гострому періоді від тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) залишається вкрай високою, в той же час при збереженні життя рідко зростає ризик виникнення хронічної легеневої гіпертензії внаслідок повторних періодичних тромбоемболій легеневої артерії, яка різко погіршує якість життя та часто призводить до інвалідизації пацієнтів [7].

Мета дослідження. Обґрунтувати покази до хірургічної профілактики тромбоемболії легеневої артерії при трансфасціальних тромбозах у системі нижньої порожнистої вени.

Матеріали та методи

В роботі проаналізовано результати обстеження та хірургічного лікування 1601 пацієнта з гострим варикотромбофлебітом пролікованих у відділенні хірургії судин Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А.Новака протягом 1995–2014 років. З них чоловіків було 644 (40,2%) пацієнта та 957 (59,8%) жінок. Вік хворих становив

від 16 до 83 років, середній вік – $53 \pm 2,5$ років. Трансфасціальний тромбоз виявили у 293 (18,3%) пацієнтів з гострим варикотромбофлебітом.

Для обстеження хворих застосували лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукову доплерографію та ультразвукове дуплексне сканування («Aloka-3500», Японія; «My Lab-50», Італія; «HDI-1500» ATL-Philips; «SIM-5000», Радмір; «ULTIMA PRO-30, z.one Ultra», ZONARE Medical Systems Inc., США).

Результати досліджень та їх обговорення

Золотим стандартом діагностики гострого варикотромбофлебіту ТГВ залишаються ультразвукові методи обстеження, зокрема доплерографія та дуплексне сканування, які виконували всім пацієнтам. Ультразвукове дослідження проводили в горизонтальному положенні хворого на спині із застосуванням компресійних проб в положенні сидячи та стоячи, а також проби Вальсальви. Для огляду малої підшкірної та підколінної вен хворого вкладали на живіт. Варіабельність розташування гирла малої підшкірної вени вимагає більш детального та поглибленого огляду. Послідовно оцінювали стан поверхневої, глибокої та перфорантної венозної системи. Дослідження закінчували ультразвуковим скринінгом контрлатеральної кінцівки.

При цьому виявляли локалізацію, протяжність та межі тромботичної оклюзії, рівень проксимальної та дистальної меж тромботичної оклюзії, характер тромботичних мас, наявність флотації верхівки тромботичних мас.

Особливе значення надавали виявленню ознак переходу тромботичного процесу на глибоку венозну систему. При виявленні тромботичної оклюзії співгирла проводили більш детальне обстеження підколінної, стегнових та клубових вен з метою визначення проксимальної межі тромбозу. При наявності флотації верхівки тромбу оцінювали його довжину, визначали ехогенність тромбу, вплив на нього венозного рефлексу, характер зовнішнього контуру, ступінь рухливості тромботичних мас, співвідношення діаметру поперечного січення тромбу з діаметром вени у положенні стоячи.

При переході тромботичного процесу на глибоку венозну систему у 259 (88,4%) пацієнтів спостерігали флотацію верхівки тромботичних мас. Локалізація верхівки тромботичних мас при трансфасціальному тромбозі в пролікованих пацієнтів була наступною:

- сафенофеморальне співгирло – у 150 (51,2%) пацієнтів;
- загальна стегнова вена – у 65 (22,2%) пацієнтів;
- сафенопоплітеальне співгирло – 13 (4,4%);
- підколінна вена – 18 (6,1%) пацієнтів;

- одночасна флотація у сафенофеморальному та сафенопоплітеальному співгирлах – 3 (1,0%)
- перфорантні вени – у 26 (8,9%) пацієнтів;
- перехід на гомілкові вени – у 7 (2,4%);
- перехід на суральні вени – 11 (3,8%).

Особливостями операційних втручань при гострому варикотромбофлебіті ускладненому трансфасціальним тромбозом було значне розширення об'єму операції за рахунок напіввідкритої тромбектомії на пробі Вальсальви з сафенофеморального та/або сафенопоплітеального співгирла, загальної стегнової та підколінної вени. При частковій фіксації флотуючої верхівки до передньої стінки загальної стегнової або підколінної вени та значній протяжності флотуючого тромбу (4 см і більше) виконували відкриту тромбектомію з венотомного доступу під візуальним контролем.

При тромботичній оклюзії перфорантної вени виконували відкриту тромбектомію з перфорантної вени до отримання задовільного ретроградного кровоплину з перфорантної вени з наступним лігуванням останньої.

При тромботичній оклюзії суральних вен з флотацією верхівки в суральних синусах або підколінній вені виконували відкриту тромбектомію з венотомного доступу з наступним лігуванням суральних синусів.

При переході тромботичного процесу на гомілкові вени через неспроможні перфорантні вени з флотацією верхівки підколінній вені виконували відкриту тромбектомію з підколінної вени та лігування останньої, абсорбуючим шовним матеріалом («Вікріл», «Дексон»), нижче впадіння прохідної малої підшкірної вени.

В випадках прохідності малої підшкірної вени слід віддавати перевагу інтраопераційному збереженню останньої, особливо при тромбозах гомілкових вен, з метою покращення колатерального венозного відтоку до підколінної вени.

Всім пацієнтам з гострим варикотромбофлебітом ускладненим трансфасціальним тромбозом у до- та постопераційному періоді призначали консервативне лікування згідно протоколів лікування тромбозів глибоких вен.

На фоні консервативної терапії в жодного пацієнта в ранньому післяопераційному періоді не спостерігали ознак тромбоемболії легеневої артерії.

Таким чином, широке впровадження операційного лікування гострого варикотромбофлебіту ускладненого трансфасціальним тромбозом дозволяє попередити тромбоемболію легеневої артерії та відновити прохідність оклюзованого сегменту без порушення анатомічної цілісності глибокої венозної системи нижніх кінцівок, попередити пролонгацію процесу в проксимальному напрямку.

Висновки

1. При гострому варикотромбофлебіті ускладненому трансфасціальним тромбозом слід роз-

ширити об'єм операційного втручання з метою хірургічної профілактики тромбоемболії легеневої артерії.

2. Всім пацієнтам з трансфасціальним тромбозом незалежно від радикальності операційно-втручання слід призначити лікування як при

тромбозі глибоких вен.

3. При тромбозах глибоких вен поєднаних з поверхневим варикотромбофлебітом підхід до видалення малої підшкірної вени повинен бути диференційованим залежно від поширення тромботичної оклюзії та місця впадіння суральних вен.

Список літератури

1. Варикотромбофлебіт: монографія / Русин В. І., Корсак В. В., Болдіжар П. О. [та ін.] // Ужгород: Карпати. – 2012. – 288 с.
2. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика. Міждисциплінарні клінічні рекомендації. – Київ, 2013. – с. 63.
3. Baekgaard N. Indications for stenting during thrombolysis / N. Baekgaard, Broholm R., Just S. // Phlebology. – 2013. – Volume 28, Supplement 1. – P. 112 – 116.
4. D. Clair Pros and cons for intravascular ultrasound in stenting / D. Clair // Phlebology. – 2013. – Volume 28, Supplement 1. – P. 129–134.
5. Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://www.cdc.gov/ncbddd/dvt/documents/aboutcdcwork.pdf>
6. Prevention and treatment of venous thromboembolism. International consensus statement (Guidelines according to scientific evidence) / Nicolaides A.N., Fareed J., Kakkar A.J. [et al.] // International Angiology. – 2006. – № 25. – P. 101–161.
7. Usefulness of clinical prediction rules for the diagnosis of venous thromboembolism: a systematic review / Tamariz L.J., Eng J., Segal J.B. [et al.] // American Journal of the Medical Sciences. – 2004. – № 117. – P. 676–684.

Стаття надійшла до редакції 15.09.2015.

В. І. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович
Ужгородський національний університет

ТРАНСФАСЦИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

В работе проанализированы результаты обследования и лечения 293 больных с острым варикотромбофлебитом осложненным трансфасциальным тромбозом. Обоснованы показания к хирургической профилактике тромбоэмболии легочной артерии при трансфасциальных тромбозах в системе нижней полой вены. В послеоперационном периоде всем пациентам с трансфасциальным тромбозом независимо от радикальности оперативного вмешательства предложено назначать лечение как при тромбозе глубоких вен. При тромбозах глубоких вен сочетанных с поверхностным варикотромбофлебитом подход к удалению малой подкожной вены должен быть дифференцированным в зависимости от распространения тромботической окклюзии и места впадения суральных вен. Внедрение активной хирургической тактики при флотирующих тромбах в берцово-подколенном венозном сегменте позволяет проводить эффективную профилактику тромбоэмболии легочной артерии.

Ключевые слова: острый варикотромбофлебит, трансфасциальный тромбоз, тромбоэмболия легочной артерии, тромбэктомия.

V. I. Rusyn, V. V. Korsak, Y. M. Popovich
Uzhgorod National University

TRANSFASCIAL THROMBOSIS IN THE INFERIOR VENA CAVF SYSTEM

The paper presents an analysis of the results of examination and treatment of 293 patients with acute thrombosis transfascial varykotromboflebitis complicated. Substantiated indications for surgical prophylaxis of pulmonary embolism in transfascial thrombosis in the inferior vena cava system. In the post-operative period, all patients with thrombosis transfascial regardless of radical surgical intervention proposed to prescribe treatment as deep vein thrombosis. When deep venous thrombosis combined with surface varykotromboflebitis approach to remove small saphenous vein should be differentiated depending on the spread of thrombotic occlusion and venous confluence sural. Implementation of active surgical tactics in flotation clots in the popliteal venous ankle segment allows for effective prevention of pulmonary embolism.

Keywords: acute varykotromboflebit, transfascial thrombosis, pulmonary embolism, thrombectomy.