

УДК: 616.14-002-005.6-007.64-031.38.62-07-089

**СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ НИЖНІХ КІНЦІВОК****Русин В.І., Левчак Ю.А., Корсак В.В., Болдіжар П.О.***Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород*

**РЕЗЮМЕ:** клінічним матеріалом послужили 796 пацієнтів, яким загалом було виконано 860 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. Активна хірургічна тактика має суттєві переваги перед консервативними методами лікування зниження ризику тромбоемболічних ускладнень, а також скорочення терміну перебування у стаціонарі.

**Ключові слова:** гострий варикотромбофлебіт, кольорове дуплексне сканування, хірургічне лікування

**Вступ.** Гострий варикотромбофлебіт (ГВТ) нижніх кінцівок є одним із найбільш розповсюджених гострих судинних захворювань, із приводу якого пацієнти звертаються за медичною допомогою [3]. За даними епідеміологічних досліджень у США реєструють один випадок варикотромбофлебіту на 1.950 людей, в той же час, цей показник у Франції складає 1 випадок на 220 людей, або ж близько 253 тисяч випадків щороку в абсолютних цифрах [10]. Варикотромбофлебіт розвивається як ускладнення варикозної хвороби нижніх кінцівок і складає 30% усіх тромбозів системи нижньої порожнистої вени [3]. Найбільш розповсюдженими факторами ризику є: надлишкова вага, авіаподорожі (понад 4 години), травми, тривала іммобілізація, вагітність, пероральна контрацепція, злоякісні новоутвори, катетеризація, тромбофілії, склеротерапія, хвороба Бюргера [10]. Здебільшого гострий варикотромбофлебіт вважають не загрозливою патологією, а захворюванням із доброякісним перебігом, таким, що не потребує термінового хірургічного втручання. Саме цей факт пояснює низку хибних положень у хірургії ГВТ, а саме: «операційне втручання слід виконувати тільки після того, як зникнуть запальні явища», «загрозливим є тільки висхідний тромбофлебіт» та інші [3]. Слід наголосити на тому, що більшість пацієнтів звертається за медичною допомогою тільки через декілька днів, а інколи тижнів від початку захворювання. В свою чергу, тривалість тромботичного процесу у поверхневих венах суттєво збільшує ризик ураження глибоких вен. Більшість хірургів проявляють інтерес тільки при поширенні тромботичного процесу через сафено-феморальне співгірло, оминаючи увагою можливість переходу тромбозу через сафено-поплітеальне співгірло та неспроможні перфорантні вени [2]. Дані літератури свідчать, що перехід процесу на глибокі вени зустрічається від 5,6% до 44% випадків, а симптоматичну тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА) діагностують у 0,5% – 11% випадків [2, 10].

Аналізуючи літературу останнього десятиріччя слід зауважити, що єдиний підхід до лікування ГВТ до цього часу не опрацьований, попри необхідність кардинального вирішення цілого ряду запитань, а саме: можливість консервативного лікування ГВТ, строки виконання та необхідний об'єм операційних втручань, яким втручанням віддавати перевагу у хворих із високим операційним ризиком, види втручань та безпечність їх виконання при переході тромботичного процесу на глибокі вени [3, 4, 9, 10]. Полярність поглядів у лікуванні ГВТ спонукали нас поділитися власним досвідом лікування пацієнтів із цією патологією.

**Мета дослідження.** Визначити тактику хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту з урахуванням результатів сучасних методів обстеження.

**Матеріали та методи.** Клінічним матеріалом послужили 796 пацієнтів із ГВТ за період від 1995 року до 2008 року, яким загалом було виконано 860 операційних втручань. 748 (87,0%) втручань виконано у відділенні хірургії судин Закарпатської обласної клінічної лікарні ім.А.Новака, м. Ужгород, решту – 112 (13,0%) операцій – виконано у відділеннях хірургічного профілю міста Ужгород. Вік оперованих хворих був у межах від 24 до 82 років, серед них 74,4% жінок та 25,6% чоловіків. Тривалість захворювання знаходилася у межах від декількох годин до декількох тижнів.

У залежності від виду та об'єму операційних втручань умовно виділені чотири клінічні групи. У першій клінічній групі було виконано 586 (68,1%) традиційних венектомій. Пацієнтів першої групи госпіталізовано безпосередньо у відділення хірургії судин із приводу ГВТ. До другої клінічної групи увійшли пацієнти, у яких ГВТ ускладнив післяопераційний перебіг упродовж 24–72 годин із моменту виконання порожнинних або інших оперативних втручань. Як правило, ці пацієнти знаходилися у відділеннях хірургічного профілю: гінекологічного, онкологічного, урологічного, травматоло-

логічного та інших. Загалом цим пацієнтам виконали 41 (4,8%) кросектомію. До третьої клінічної групи увійшли пацієнти, у яких ГВТ також ускладнив післяопераційний перебіг, але пізніше 72 годин із моменту проведення втручання з приводу основного захворювання. У пацієнтів III-ої клініч-

ної групи загалом виконали 75 (8,7%) стовбурових венектомій. У пацієнтів четвертої клінічної групи мав місце перехід тромботичного процесу з поверхневих вен на глибокі. У цій групі загалом виконано 158 (18,4%) різноманітних операційних втручань (табл.1).

Таблиця 1

Види втручань у пацієнтів четвертої групи

Ураження ВПВ із флотуючим тромбом у стегновій вені (n=31)	Відкрита тромбектомія із стегнової вени + стовбурова венектомія
Ураження МПВ із флотуючим тромбом у підколінній вені (n=12)	Відкрита тромбектомія із підколінної вени + видалення МПВ
Посіднане ураження ВПВ та МПВ із флотуючими тромбами у стегновій та підколінній венах (n=2)	Відкриті тромбектомії із стегнової та підколінної вен + видалення ВПВ та МПВ
Тромбоз гирла ВПВ (n=108)	Тромбектомія з гирла ВПВ + венектомія
Ураження ВПВ та перфоранта Коккета з поширенням тромбозу на одну із гомілкових вен (n=2)	Стовбурова венектомія + лігування тромбованої гомілкової вени при впадінні у підколінну вену
Ураження МПВ із переходом тромбозу на двочеревцеві синуси (n=2)	Видалення МПВ + резекція тромбованих двочеревцевих синусів
Ураження МПВ із переходом тромбозу на глибоку вену та флотуючим тромбом у стегновій вені (n=1)	Видалення флотуючого тромбу зі стегнової вени + лігування глибокої вени стегна

Протягом останніх чотирьох років усім пацієнтам проводили детальне ультразвукографічне обстеження поверхневих та глибоких вен на апараті «Zonage» (виробництва США) з набором лінійних (5-10 мГц) та конвексних (2-5 мГц) датчиків. Крім цього, передопераційне обстеження включало у себе: загальний аналіз крові та сечі, визначення рівня глікемії та групи крові, ЕКГ, консультації кардіолога та анестезіолога. Слід зазначити, що при належній організації спеціалізованої допомоги, перераховані обстеження займають у часі не більше двох годин.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На наш погляд, «золотим» стандартом у діагностиці ГВТ, на сьогоднішній день, є кольорове дуплексне сканування, яке дає змогу визначити характер та протяжність тромботичного процесу, стан перфорантних вен та втягнення у процес глибоких вен. Цілком не зрозумілим є безпелаяційне твердження М. Hofer (2007), що варикотромбофлебіт, як правило, є клінічним діагнозом і рідко потребує променевого обстеження [9]. Це свідчить про те, що діагностичні алгоритми також потребують суттєвого узгодження.

Безперечно, найбільш загрозливою формою ГВТ є висхідна форма, при якій має місце прогресивне тромбування великої підшкірної вени (ВПВ) стегна з доволі частим переходом процесу на сафено-феморальний анастомоз та стегнову вену. Подальший розвиток патологічного стану може стати причиною глибокого венозного тромбозу з високим ризиком розвитку тромбоемболії легених артерій [3]. Не зважаючи на високу розповсюдженість патології, помилки лікарів, які першими зустрічаються з хворими, спостерігаються доволі часто, а саме від того, як

швидко буде прийнята адекватна тактика лікування залежить не тільки одужання пацієнта, але і його життя. Більшість прихильників вичікувальної тактики при ГВТ намагаються усунути запальні явища – призначаються аплікації з лініментом Вишневського або «Ліотоном», антибіотики, суворий ліжковий режим та особливо «популярна» останнім часом – гірудотерапія. Слід зазначити, що традиційне призначення різного роду компресів викликає „парниковий” ефект, який часто приводить до прогресування ГВТ, а призначення антибіотиків є недоцільним, оскільки при ГВТ має місце асептичне запалення. Доцільність гірудотерапії взагалі суперечить здоровому глузду. Слід наголосити на хибному положенні, що рівень запальних явищ (гіперемія та набряк) відповідають рівню тромботичного процесу. Швидкість наростання тромбу складає від 20 до 30 см на добу, при цьому швидкість проявів запалення над тромбованою веною є суттєво нижчою, а несвоєчасна ліквідація загрози переходу процесу на глибокі вени навіть без розвитку ТЕЛА приречує хворих на тривале і витратне лікування впродовж багатьох років, а інколи і всього життя.

Не менш загрозливими, але недостатньо висвітленими у літературі є тромботичні ураження малої підшкірної вени (МПВ). Зв'язок МПВ із глибокими венами та ВПВ є надзвичайно варіабельним [1, 5, 6, 7, 8]. Найбільш поширеними шляхами переходу тромботичного процесу на глибокі вени є: перфорантні вени (Бассі та литковий перфорант), сафено-поплітеальне співгірло та вена Джіакоміні (через термінальний відділ ВПВ). Тромботичний процес у МПВ може поширитися в деяких випадках безпосередньо на глибоку вену. Таким чином,

пацієнтам із тромботичними ураженнями МПВ перед втручанням слід виконати детальне ультразвукографічне обстеження з визначенням прохідності підколінної та суральних вен, стану перфорантних вен, втягненням у процес вени Джіакоміні та глибокої вени стегна.

До ускладнень у післяопераційному періоді відносили: нагноєння операційних ран, лімфорею та крайові некрози шкіри.

У пацієнтів першої клінічної групи, яким виконали 586 традиційних венектомій, нагноєння післяопераційних ран спостерігали у 6 (1,02%) випадках. Лімфорея зафіксована у 24 (4,1%) випадках та у 37 (6,3%) випадках мали місце крайові некрози шкіри. Серед пацієнтів першої групи післяопераційної летальності не спостерігали. Середнє перебування на ліжку склало 7,5 доби. 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 із прилягаючою до неї тромбованою веною та паравазальною клітковиною. У післяопераційному періоді добре зарекомендувало себе призначення нестероїдних протизапальних препаратів. Крім цього, у пацієнтів із надмірною вагою або цукровим діабетом перед венектомією та у післяопераційному періоді призначали антибактеріальні препарати широкого спектру дії.

У пацієнтів другої клінічної групи, яким виконали 41 кросектомію, нагноєння післяопераційних ран спостерігали у 1 (2,4%) випадку. Лімфорею та крайові некрози шкіри не спостерігали. Післяопераційна летальність – 2,4% (помер один пацієнт) пов'язана з масивною ТЕЛА. Середнє перебування на ліжку залежало від перебігу та ускладнень основного захворювання. Пацієнти другої 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 другої групи та високий операційний ризик, ми обмежувалися мінімальним об'ємом втручання – кросектомією – високою пригирловою резекцією великої підшкірної вени стегна з усіма пригирловими поверхневими венами, що впадають у цю ділянку (2). 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, відтак кросектомія не є запорукою хірургічної профілактики ТЕЛА.

У пацієнтів третьої клінічної групи, яким виконали 75 стовбурових венектомій, нагноєння післяопераційних ран спостерігали у 2 (2,7%) випадках.

Лімфорея виявлена у 1 (1,3%) випадку. Крайові некрози шкіри мали місце у 4 (5,3%) та лімфоцеле – у 1 (1,3%) 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 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 доцільно виконати стовбурову венектомію – видалення великої підшкірної вени на всій довжині.

Найбільш складними з хірургічної точки зору стали пацієнти четвертої групи, яким виконано 158 (18,4%) втручань. У хворих цієї групи тромботичний процес із поверхневих вен на глибокі вени через сафено-фemorальне та сафено-поплітеальне співгирла та неспроможні перфорантні вени, що призвело до необхідності сегментарного виділення глибоких вен та виконання або ж відкритої, або ж напіввідкритої тромбектомії. Важливою необхідністю у передопераційному обстеженні є ультразвукове дуплексне сканування означених венозних басейнів для визначення характеру та протяжності тромботичного процесу. При тромбованих сафено-фemorальному та сафено-поплітеальному співгирлах, на наш погляд, доцільним є виділення сегмента стегнової або підколінної вени та перекриття кровотоку по них на час маніпуляцій із гирлом, оскільки необачні дії можуть призвести до фрагментації тромбу і розвитку інтраопераційної ТЕЛА. Нагноєння післяопераційних ран у пацієнтів четвертої клінічної групи ми не спостерігали. Лімфорею діагностовано у 9 (5,7%) випадках, та формування лімфоцеле впродовж першого місяця спостерігали у 2 (1,3%) пацієнтів. ТЕЛА у пацієнтів четвертої групи в жодному випадку не діагностували. Середнє перебування у стаціонарі склало 10,6 доби. Всім хворим четвертої клінічної групи у післяопераційному періоді призначали прямі антикоагулянти та препарати, що покращують реологічні властивості крові. Крім цього, пацієнтам рекомендували протягом 6 місяців приймати непрямі антикоагулянти.

Підсумовуючи вищесказане, слід зазначити, що активна хірургічна тактика має суттєві переваги перед консервативними методами лікування. Насамперед, це зниження ризику тромбоемболічних ускладнень, а також скорочення терміну перебування у стаціонарі, що є економічно більш вигідним.

Найбільш вживаними методами операційних втручань у хворих із ГВТ, на наш погляд, поряд із традиційною венектомією є кросектомія та стовбурова венектомія, а при переході тромботичного процесу на глибокі вени – відкриті та напіввідкриті тромбектомії з наступною венектомією чи без неї. В тих випадках, коли ТПВ ускладнюють перебіг раннього післяопераційного періоду у хворих із іншою соматичною пато-

логією, при всій привабливості виконання повноцінної венектомії, перевагу віддавали кросектомії до моменту відносної стабілізації вітальних функцій. Однак цей факт може бути предметом подальших дискусій, окрім цього, потребують подальшого вирішення такі питання, як інтраопераційні методи запобігання тромбоемболічних ускладнень при переході тромботичного процесу на глибокі вени, доцільність імплантації тимчасових кава-фільтрів у передопераційному

періоді, профілактика ускладнень із боку лімфатичної системи кінцівки.

**Висновки.** 1. Обов'язковим методом діагностики варикотромбофлебиту є кольорове дуплексне сканування, яке у кожному конкретному випадку визначає об'єм оперативного втручання.

2. Ургентно виконана радикальна флебектомія є запорукою профілактики переходу тромботичного процесу на глибоку венозну систему та тромбемолії 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. – 664 с.
4. Шулутко А.М. Инновационные технологии на основе эндовазальной лазерной коагуляции при лечении острого варикотромбофлебита / А.М. Шулутко, Э.Г.Османов, Н.Г.Чакветадзе //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – № 3. – 2006. – С. 28-31.
5. Allan Paul L., Dubbins Paul A., Pozniak Myron A., McDicken W.Norman. Clinical Doppler Ultrasound. – London: Churchill Livingstone, 2000. – P.94.
6. Bergan J.J. The vein book/ Bergan J.J. – Amsterdam – Tokyo. – Elsevier Inc. – 2007. – P. 292.
7. Common peroneal nerve injury as a complication of short saphenous vein surgery / G.K.Atkin, T.Round, V.R.Vattipally [et al.] // Phlebology. – 2007. – Vol.22, № 1. – P.3-7.
8. 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.
9. 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.
10. Phlebology (5<sup>th</sup> edition) / [Ramelet A.-A., Perrin M., Kern P.]. – Elsevier Masson S.A.S. – 2008. – P. 503.

## SUMMARY

### THE MODERN DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT LOW EXTREMITIES VARICOTHROMBOPHLEBITIS

**Rusyn V.I., Levchak Y.A., Korsak V.V., Boldizhar P.O.**

Clinical material – 796 patients, who underwent 860 surgical interventions. Depending on a kind and extent of operation four clinical groups have been selected. An obligatory method of varicothrombophlebitis diagnostics is color duplex scanning which in each specific case determines the extent of surgery. Active surgical approach has essential advantages before conservative methods of treatment– thromboembolic complications risk reduce and also reduce of the in-patient term.

**Key words:** acute varicothrombophlebitis, color duplex scanning, surgical treatment