

© В.І. Русин, В.В. Корсак, М.І. Борсенко, М.І. Ряшко, С.С. Сірчак, О.С. Краснополська, 2013

УДК 616.147.3-002.1-005.6-089.819.84

В.І. РУСИН, В.В. КОРСАК, М.І. БОРСЕНКО, М.І. РЯШКО, С.С. СІРЧАК, О.С. КРАСНОПОЛЬСЬКА
Ужгородський національний університет, кафедра хірургічних хвороб, Ужгород

КОМБІНОВАНЕ СКЛЕРОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Проаналізовано результати хірургічного лікування 50 хворих із ГВТФ системи ВПВ, які знаходились на лікуванні в судинному відділенні ЗОКЛ ім. А. Новака м. Ужгород за період 2012-2013 років. Згідно з міжнародною класифікацією CEAP хворих з ГВТФ розподілено за стадіями таким чином: С₄ – 37 (74%), С₅ – 13 (26%). Всі хворі прооперовані: у п'яти випадках виконана ізольована склерооблітерація великої притоки ВПВ при гострому тромбофлебіті; у 25 – короткий стріпінг на стегні та дистальна катетерна склерооблітерація, у трьох хворих при неспроможності перфорантних вен виконано склерооблітерацію останніх; у 10 – ізольована склерооблітерація на стегні, флебоцентез + катетерна склерооблітерація, у семи – тотальна венектомія, у трьох – тромбектомія із загальної стегнової вени+венектомія. Результати лікування в цій групі хворих визнані відмінними у 3 (7,5%) пацієнтів, хорошими – у 21 (52,5%), задовільними – в 16 (40%), «незадовільних» – не було. Косметичний ефект лікування характеризували як високий.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт, склерооблітерація, перфорантні вени

Вступ. Реальна складність ситуації при гострому варикотромбофлебіті (ГВТФ) виникає у випадку переходу тромбоутворення з поверхневих вен на глибокі. Ключовим проблемним моментом при варикотромбофлебіті є конверсія та перехід його відносно легкого перебігу у реальну загрозу тромбоемболічних ускладнень та летальних наслідків. Проведені раніше дослідження встановили, що ГВТФ може поєднуватись з тромбозом глибоких вен у 10-15% випадків [1, 4]. Перехід ГВТФ на глибокі вени може відбуватися через анатомічні співгирла – у 12%, та через перфорантні вени – у 2% [2, 3]. Таке ускладнення при ГВТФ виникає, за статистичними даними, у 15-26% хворих, що страждають на патологію магістральних вен нижніх кінцівок [3, 5].

В той же час, у спеціальній літературі недостатньо інформації з приводу питання частоти тромбозів перфорантних вен при ГВТФ [2, 4], ролі венозного рефлюксу у швидкості та напрямку розвитку тромбофлебіту [4, 6], взаємозв'язку розвитку ГВТФ із видом венозної гіпертензії [6]. Не чітко розмежовано покази до консервативного та хірургічного лікування [2, 4, 8], не визначено роль малоінвазивних втручань при різних формах ГВТФ [5, 7].

Мета дослідження. З'ясувати роль та місце склеротерапії при хірургічному лікуванні гострого варикотромбофлебіту системи великої підшкірної вени.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано результати хірургічного лікування 50 хворих з ГВТФ системи великої підшкірної вени (ВПВ), які знаходились на лікуванні в судинному відділенні ЗОКЛ ім. А. Новака м. Ужгород за період 2012-2013 років.

Згідно з міжнародною класифікацією CEAP хворих із ГВТФ розподілено за стадіями таким чином: С₄ – 37 (74%), С₅ – 13 (26%). Чоловіків було 14 (28%), жінок – 36 (72%). Вік хворих стано-

вив від 42 до 70 років, середній вік – $45,7 \pm 1,9$ року. Тривалість варикотромбофлебіту у всіх пацієнтів становила до 5 днів.

Як основний метод інструментальної діагностики застосовували ультразвукове дуплексне ангіосканування з кольоровим картуванням кровоплину на апаратах „Алока-3500” Японія та „Zonare” США за допомогою датчика 10-12 Мгц, який працює у режимі реального часу і дозволяє поряд із візуалізацією та аускультациєю досліджуваної судини фіксувати та вираховувати параметри антеградного та ретроградного кровоплину і проводити кольорове картування кровоплину.

Дослідження венозної гемодинаміки проводили у певній послідовності. Спочатку досліджували наявність вертикального рефлюксу у ВПВ, потім у системі глибоких вен нижніх кінцівок і горизонтального рефлюксу на стегні та гомілці.

Виявлено такі форми варикотромбофлебіту:

1. Локальний тромбофлебіт (великих приток) ВПВ на стегні виявлений у 5 (10%) хворих.
2. Стовбуровий тромбофлебіт, що поширюється на гомілці та нижній третині стегна діагностовано у 22 (44%) випадках.
3. Субтотальний – з ураженням ВПВ до верхньої третини стегна у 13 (26%) хворих.
4. Тотальний тромбофлебіт, що поширюється по ВПВ із переходом на сафено-фemorальне співгирло – у 7 (14%) хворих.
5. Поширений – тотальний тромбофлебіт стовбура ВПВ із переходом на загальну стегнову вену діагностовано у 3 (6%) хворих.

Так, як роль вено-венозного рефлюксу в генезі ГВТФ продовжує вивчатись, ми намагались виявляти сафено-фemorальний рефлюкс у режимі кольорового картування та у режимі імпульсної доплерографії у положенні стоячи.

При субтотальному і тотальному ГВТФ рефлюкс не визначався з огляду на високе ураження

вени. Горизонтальний рефлюкс виявляли при допомозі мануальних компресійних проб на гомілці та стегні в «С»-режимі.

Всі хворі прооперовані: у п'яти випадках виконана ізольована склерооблітерація великої притоки ВПВ при гострому тромбофлебіті; у 25 – короткий стріпінг на стегні та дистальна катетерна склерооблітерація, у трьох хворих при неспроможності перфорантних вен виконано склерооблітерацію останніх; у 10 – ізольована склерооблітерація на стегні, флебоцентез + катетерна склерооблітерація; у семи – тотальна венектомія; у трьох – тромбектомія із стегнової вени + венектомія. Хворим виконано склерооблітерацію за методикою «foam-form». Застосовуючи методику Tessari, переводили препарат склеровейн 2% в стан мілкодисперсної піни [10]. Для цього використовували одноразові пластикові шприці по 5 мл, які з'єднані триканальним перехідником із клапаном. В один шприц набирали 2 мл склерозанта, а в інший – 4 мл повітря. Потім енергійним тиском на поршні шприців перекачували флєбосклерозуючу речовину із одного шприца в інший. Достатньо 18-20 активних перекачувань для отримання 5 мл мілкодисперсної піни. Кінцівку піднімали під кутом не менше 45 градусів. Цей момент операційного втручання дуже важливий, оскільки, якщо кінцівка припіднята, то зменшується діаметр самої вени і результат склерооблітерації буде набагато ефективнішим. Таке положення кінцівки дозволяє міхурцям повітря разом із склерозантом розповсюджуватись догори, заповнюючи всі додаткові розгалуження стовбура вени. Після приготування піноподібного розчину, вводили склерозант у вену, перев'язували проксимальний сегмент склерозованої вени. У хворих із локальним тромбофлебітом стовбура вени піноподібний склерозант доходив тільки до місця тромбозу. Тому необхідно було виділити вену біля присередньої кісточки і ввести склерозант в антеградному напрямку з метою попередження розповсюдження тромботичного процесу за ходом підшкірної вени та перфорантних вен. Після введення склерозанта накладали компресійний еластичний бинт на 7-9 діб. Одразу після закінчення операції проводили пасивне згинання-розгинання стопи протягом 7-10 хвилин із метою посилення кровотоку в глибокій венозній системі. У післяопераційному періоді хворим призначали нормовен або детралекс.

Результати досліджень та їх обговорення. У хворих із локальним та субтотальним варикотромбофлебітом в системі ВПВ у більшості випадків був виявлений інтенсивний ретроградний кровоплин до рівня тромбозу через неспроможний остіальний клапан.

При тотальному та поширеному ГВТФ рефлюкс не визначався з огляду на високе ураження ВПВ.

Серед 37 хворих з С₄-стадією, згідно з класифікацією СЕАР, клапанний апарат глибоких вен був практично у всіх інтактним, локальний вертикальний рефлюкс у поверхневих венах спостерігався у – 5 (13,5%), розповсюджений – у 10 (27%), тотальний – у 19 (51,4%) пацієнтів. Горизонтальний рефлюкс на гомілці (група перфорантів Коккета) спостерігався тільки у 6 (16,2%) хворих. Серед 13 хворих з С₅-стадією, згідно з класифікацією СЕАР, неспроможність клапанного апарату глибоких вен І ступеня спостерігалась тільки у чотирьох хворих. Вертикальний тотальний рефлюкс відзначено у 6 (46,2%), горизонтальний у двох на стегні та у семи на гомілці, разом у 9 (69,2%).

Таким чином, можна стверджувати, що в обох групах хворих, не залежно від ступеня їх венозної дисфункції, мала місце тільки поверхнева венозна гіпертензія, про що свідчить спроможність клапанного апарату глибоких вен нижньої кінцівки. Горизонтальний рефлюкс переважав у хворих з С₅-стадією захворювання, а вертикальний рефлюкс спостерігався при локальному, стовбуровому та субтотальному ГВТФ.

Серед усіх 50 хворих у 37 випадках ріст тромбу відбувався у висхідному напрямку і тільки у трьох (в бік неспроможних перфорантів) – у низхідному напрямку.

Таким чином, можна стверджувати, що ми відзначали і раніше, що тромб у системі ВПВ зростає і просувається у напрямку рефлюкса. Згідно з чим, якщо перекрити шлях венозній ударній хвилі по верхівці тромбу, зростанню тромбу можна запобігти.

У питанні лікування ГВТФ немає єдиної думки та чіткої позиції щодо застосування склеротерапії, в той же час, окремі повідомлення та власні дані вказують на ефективність комбінації хірургічного та склерооблітеруючого лікування [5, 7].

Так, нами успішно виконана склерооблітерація при локальному ГВТФ. При цьому, основна суть ідеї – це блокування з обох боків в одному випадку основної магістралі, в іншому – великої гілки основної магістралі для перешкоджання переходу тромботичного процесу на основний стовбур вени (рис. 1).

У 22 хворих із ГВТФ нами застосований короткий стріпінг на стегні з катетерною дистальною склерооблітерацією (рис. 2). Ця методика виконана у всіх хворих із С₅-стадією, згідно з міжнародною класифікацією СЕАР. При цьому індуративні зміни на гомілці не контактують з раньовою поверхнею, а склерооблітерація за методикою «foam-form» надійно блокує стовбур ВПВ на гомілці.

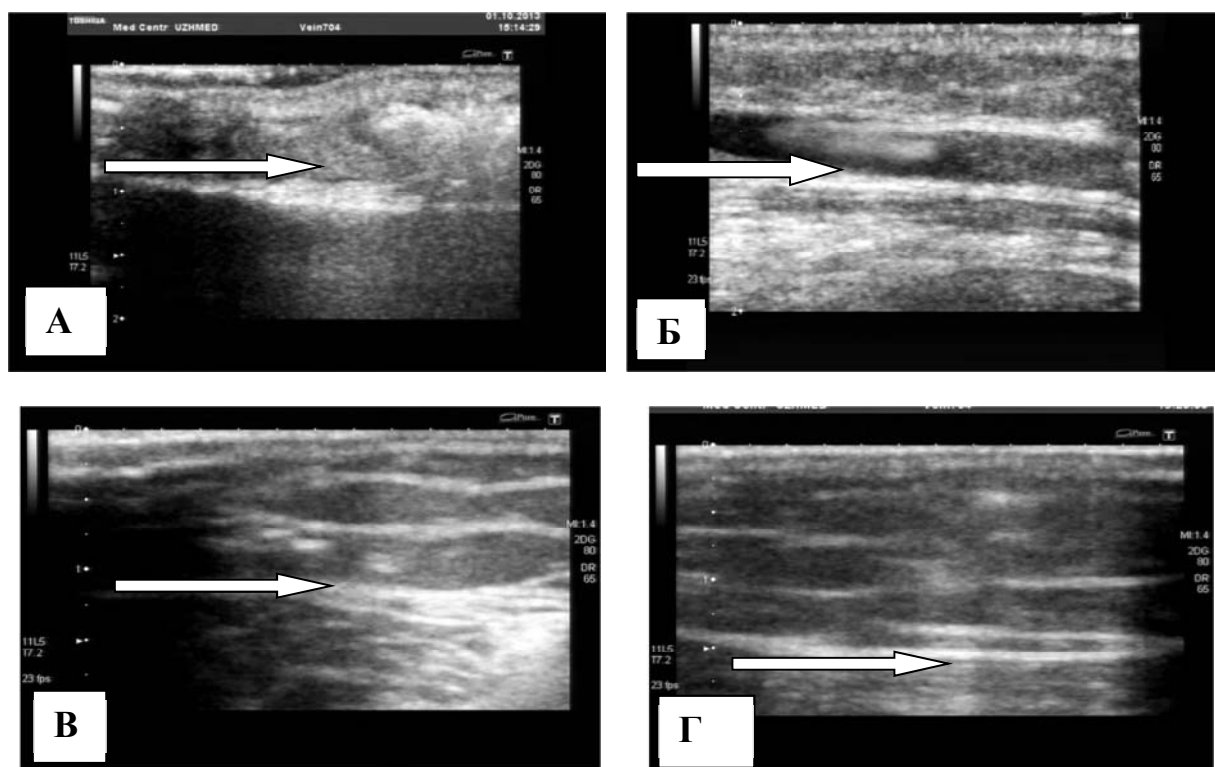


Рис. 1. Ізольована склероблітерація вище та нижче гострого варикотромбофлебіту ВПВ (А – склероблітерація стегнового сегменту ВПВ вище верхівки тромботичних мас під УЗД контролем; Б – склероблітерація гомілкового сегменту ВПВ нижче рівня тромботичних мас під УЗД контролем; В – стегновий сегмент ВПВ після склероблітерації; Г – гомілковий сегмент ВПВ після склероблітерації.)

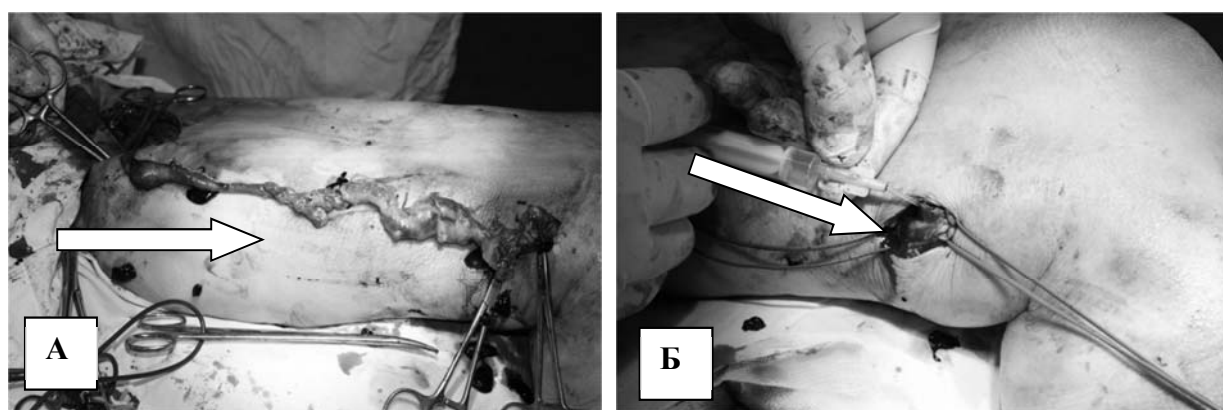


Рис. 2. Короткий стріпінг ВПВ на стегні (А). Дистальна катетерна склероблітерація ВПВ (Б).

У 20 хворих, які мали важку супутню патологію і не погоджувались на радикальне хірургічне втручання, виконували проксимальну ізольовану склероблітерацію вище тромбу, флебоцентез із катетерною склероблітерацією (рис. 3).

У випадку низхідного ГВТФ ВПВ виконувалась проксимальна склероблітерація неспроможного перфоранта (рис. 4).

При цьому, проксимальна склероблітерація блокувала можливий ріст тромбу в краніальному напрямку, а дистальна (склероблітерація

перфоранта та стовбура) ліквідувала нижній горизонтальний «клюшкоподібний» рефлюкс.

У трьох пацієнтів із флотуючим тромбом у стегновій вені виконана тромбектомія з одномоментним видаленням ВПВ від паху до кісточки. У семи хворих із тотальним ГВТФ також виконана повна венектомія з пригирловим ушиванням стегнової вени у місця впадіння ВПВ.

Таким чином, у 80% хворих із ГВТФ ВПВ вдалось провести комбіноване лікування тромбофлебіту з використанням малоінвазивних технологій за рахунок склеротерапії.

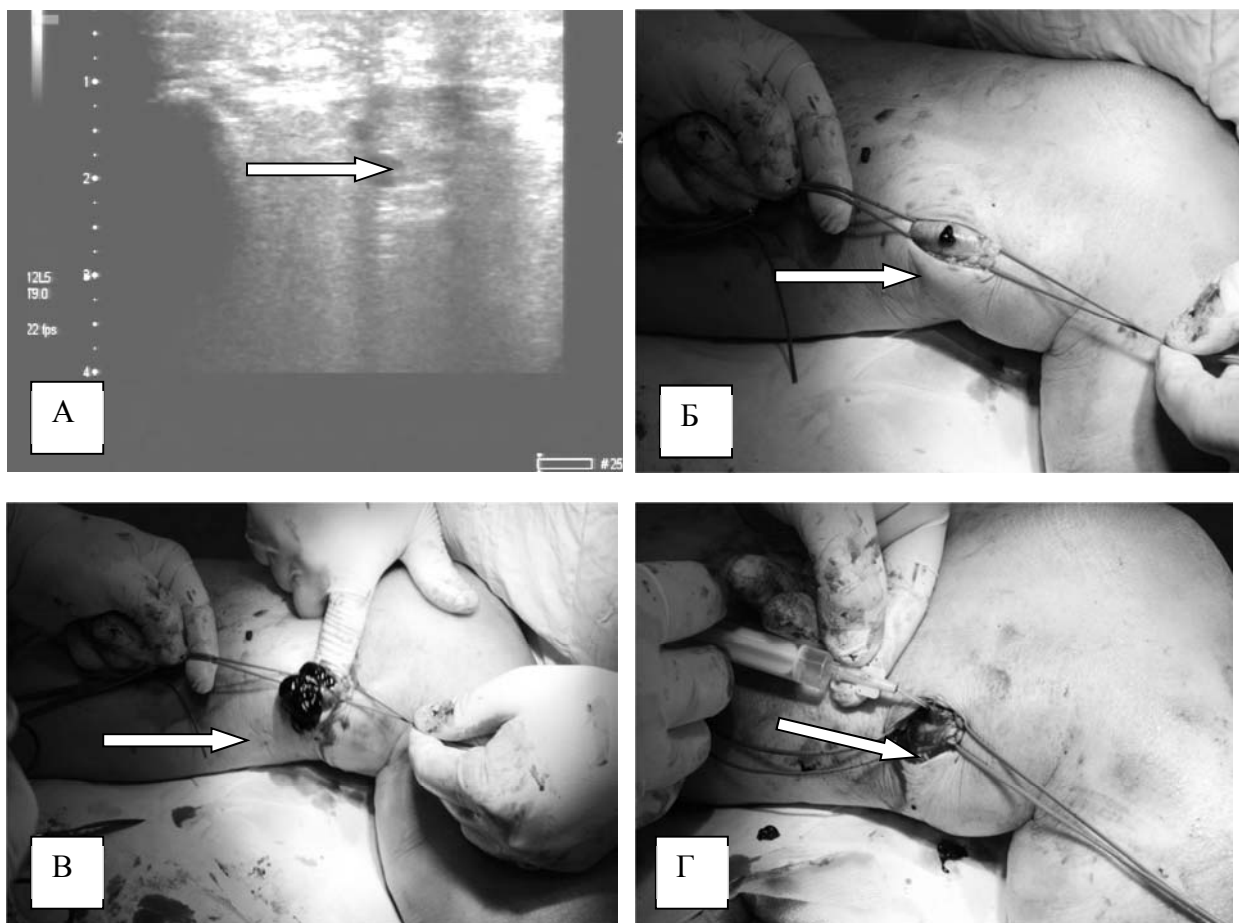


Рис. 3. Флебоцентез із наступною склерооблітерацією (А – тромботична оклюзія переважно організованими тромбами стегнового сегменту ВПВ; Б – флебоцентез стегнового сегменту ВПВ; В – флебоцентез стегнового сегменту великої підшкірної вени; Г – дистальна катетерна склерооблітерація великої підшкірної вени)

Оглянуто всіх 40 хворих, прооперованих за розробленою нами комбінованою методикою. Тривалість перебування у стаціонарі хворих цієї групи скоротилась на 3 ± 1 ліжко-день, на відміну від хворих, оперованих класичним методом, де тривалість перебування була значно довшою (9 ± 3 ліжко-дні). Всім хворим виконали ультразвукографічне дуплексне сканування з кольоровим картуванням кровоплину при виписці зі стаціонару і при огляді через один та шість місяців. За даними ангіосканування при виписці у всіх хворих був відсутній кровоплин по ВПВ на стегні. Обстеження, проведене через один місяць і один рік після комбінованого хірургічного лікування, показало відсутність рецидиву ГВТФ ВПВ і варикозної хвороби в цілому. У всіх хворих стовбур ВПВ з її гілками перетворився в сполучно-тканинний тяж без ознак реканалізації.

При дуплексному скануванні кровотік у венах, що зазнали флебосклерозуючого лікування, не реєструвався. Через один місяць після склерооблітерації вени на стегні і гомілці пальпувалися у ви-

гляді еластичного безболісного тяжа. Через шість місяців вони пальпаторно не визначалися. У всіх хворих спостерігався регрес клінічних проявів хронічної венозної недостатності: відсутні важкість, болі і набряк кінцівки. Клінічне обстеження і дуплексне сканування венозної системи дозволило встановити сумарні результати лікування хворих. Через місяць при ультразвуковому дослідженні у всіх хворих виявили зменшення діаметру склерооблітерованої підшкірної вени на 50–60%, відсутність кровоплину при кольоровому дуплексному скануванні та негативну компресійну пробу, що свідчило про надійну склерооблітерацію магістральної поверхневої вени. Через 6 місяців тільки у 5 (12,5%) хворих виявлено часткову реканалізацію склерозованої вени на гомілці, у 35 (87,5%) – повна облітерація. Клінічних ознак рецидиву варикозу не було.

Результати лікування в цій групі хворих визнані відмінними у 3 (7,5%) пацієнтів, хорошими – у 21 (52,5%), задовільними – в 16 (40%), «незадовільних» – не було. Косметичний ефект лікування характеризували як високий.

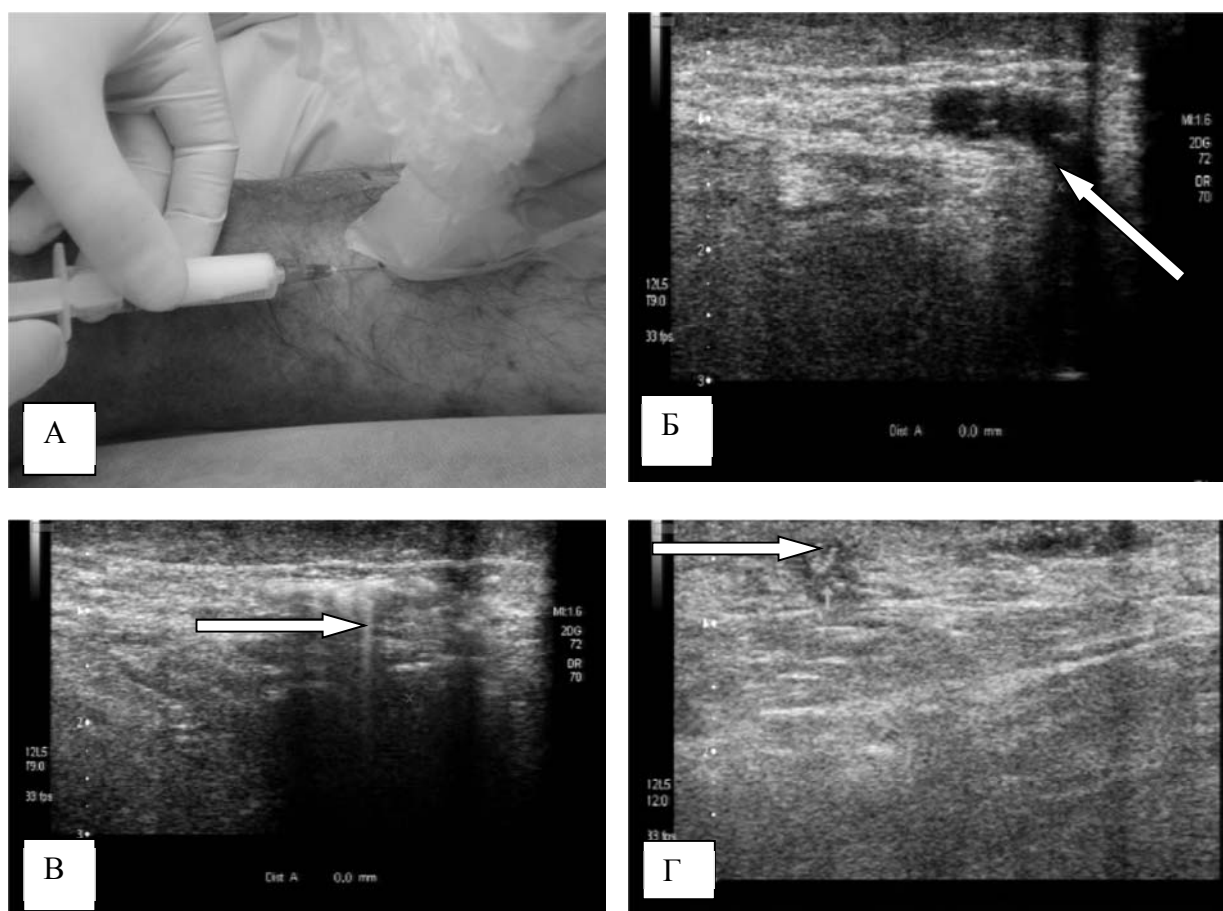


Рис. 4. Склерооблітерація неспроможного перфоранта при висхідному гострому варикотромбофлебіті ВПВ (А – введення голки у перфорант під УЗД контролем; Б – пункція перфоранта під УЗД контролем; В – склерооблітерація перфоранта під УЗД контролем; Г – склерооблітерований перфорант)

Таким чином, 100% хворих відзначають поліпшення функції оперованої кінцівки.

Отже, розроблені у клініці технології лікування при гострому варикотромбофлебіті дозволили повністю відновити якість життя у 24 респондентів (60%) і значно поліпшити у 16 пацієнтів (40%).

Висновки. 1. Застосування кольорового дуплексного сканування забезпечує своєчасне, радикальне та безпечне лікування гострого варикотромбофлебіту в системі великої підшкірної

вени. 2. Комбіновані методики лікування хворих на гострий поверхневий варикотромбофлебіт із локалізацією тромботичних мас на стегні та гомілці дозволяють при мінімальному травматичному пошкодженні навколишніх тканин виконати радикальну операцію з високим косметичним результатом. Через 6 місяців у 87,5% хворих за даними ультразвукового дуплекссканування констатовано надійну облітерацію склерозованої вени на гомілці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бебуришвили А.Г. Острый тромбофлебит в бассейне большой подкожной вены / А.Г. Бебуришвили, А.В. Шаталов, А.А. Шаталов // Хирургия. — 2004. — №4. — С. 4—8.
2. Кириенко А.И. Острый варикотромбофлебит: диагностика, основные принципы лечения и профилактики / А.И. Кириенко, И.А. Золотухин // Рус. мед. журн. — 1999. — Т.7, №13(95). — С.600—604.
3. Кияшко В.А. Тромбофлебиты поверхностных вен: диагностика и лечение. / В.А. Кияшко// Рос.мед. журн. —2003. —Т.11, №24. — С. 1344—1347.
4. Константинова Г.Д. Флебология / Г.Д. Константинова, А.Р. Зубарев, Е.Г. Градусов. — Москва: Видар, 2000. — 154с.
5. Русин В.І. Варикотромбофлебіт / В.І. Русин, В.В. Корсак, П.О. Болдіжар, Ю.А. Левчак// Ужгород: Карпати, 2012. — 288+16с. іл.
6. Русин В.І. Особливості флебогемодинаміки при гострому варикотромбофлебіті / В.І. Русин, В.В. Корсак, П.О. Болдіжар [та ін.]// Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. — 2010. — № 14 (2). — С. 242—246.

7. Суковатых Б.С. Миниинвазивная хирургия острого поверхностного варикотромбофлебита у больных, имеющих соматические противопоказания к венэктомии. / Б.С. Суковатых, Л.Н. Беликов, А.Н. Щербачков [и др.] // Вестник хирургии. — 2005. — Т. 164, № 1. — С. 73—75.
8. Ramelet A.A. Phlebology: the Guide / A.A. Ramelet, M. Monty. — Paris: Masson, 1999. — P. 445.
9. Testroote M.J. Prevention of venous thromboembolism in patients undergoing surgical treatment of varicose veins / M.J. Testroote, C.H.A. Wittens// Phlebology. — 2013. — Vol. 28, Suppl. 1. — P. 86—90.
10. Tessari L. Preliminary experience with a new sclerosing foam in the treatment of varicose veins. / L. Tessari, A. Cavezzi, A. Frullini // Dermatol. Surg. — 2001. — Vol.27. — P. 58—60.

V.I. RUSIN, V.V. KORSAK, M.I. BORSENKO, M.I. RIASHKO, S.S. SIRCHAK, A.S. KRASNOPOLSKA

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

COMBINED SCLEROSURGICAL TREATMENT OF LOWER EXTREMITIES ACUTE VARICOTHROMBOPHLEBITIS

We analysed the results of surgical treatment of 50 patients with acute varicothrombophlebitis (AVT) in great saphenous vein (GSV) system, which have been treated in the vascular surgery department of Transcarpathian regional hospital n.a. A. Novak in the period 2012-2013 years. According to the International CEAP Classification all patients with AVT were distributed in stages as follows: C4 - 37 (74%), C5 - 13 (26%). All patients underwent surgery: in five cases isolated sclerotherapy of large GSV tributary was performed; in 25 patients - short stripping in the thigh and distal catheter scleroobliteration, and in three patients with scleroobliteration of perforating veins in case of its insufficiency; in 10 - isolated sclerotherapy in the thigh, phlebocentesis + catheter scleroobliteration; in seven - total phlebectomy; in three - thrombectomy from the common femoral vein + phlebectomy. The results of treatment in this group of patients were defined as excellent in 3 (7.5%) patients, good - in 21 (52.5%), satisfactory - in 16 (40%), "poor" - none. The cosmetic treatment effect was characterized as high.

Key words : acute varicothrombophlebitis, skleroobliteration, perforating veins

Стаття надійшла до редакції: 13.10.2013