

**Досвід використання малоінвазивних методів лікування хворих із варикозною хворобою нижніх кінцівок, ускладненою гострим тромбофлебітом підшкірних вен**

В.І. Перцов, О.В. Мамунчак, І.В. Перцов

*Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя***Реферат**

У роботі наведені результати амбулаторного малоінвазивного лікування пацієнтів із варикозною хворобою нижніх кінцівок, ускладненою тромбофлебітом. Встановлено, що радіочастотна абляція в поєднанні з мініфлебектомією є ефективним методом лікування за рахунок радикального видалення патологічного вогнища, одночасної ліквідації загрози рецидивуючого плинну захворювання, прискорення термінів реабілітації, має гарний косметичний ефект та може бути альтернативою відкритих хірургічних втручань.

**Ключові слова:** варикозна хвороба, тромбофлебіт, радіочастотна абляція, флебектомія.

**Experience of miniinvasive methods of treatment of patients with varicose disease with acute thrombophlebitis**

V.I. Pertsov, O.V. Mamunchak, I.V. Pertsov

*Zaporozhye State Medical University, Zaporizhzhia***Abstract**

The results of out patient minimally invasive treatment of varicose veins complicated by thrombophlebitis are presented. It is established that radiofrequency ablation in combination with miniflebectomy is an effective method of treatment due to radical removal of the pathological lesion, simultaneous elimination of the threat of recurrent disease course, fast rehabilitation, has a good cosmetic effect, and can be an alternative to open surgery.

**Key words:** varicose veins, thrombophlebitis, radiofrequency ablation, phlebectomy.

**Вступ.** Тромбофлебіт поверхневих вен (ТПВ), що виникає у варикозних венах, представляє собою актуальну медичну та соціальну проблему та складає до 90% усіх тромботичних уражень вен нижніх кінцівок, а рівень рецидивів ТПВ становить між 15 і 20% [1, 5, 6].

Зазвичай, варикотромбофлебіт не вважають небезпечним захворюванням, перебіг якого доброякісний і рідко дає ускладнення. Однак тромботичний процес у підшкірних венах може супроводжуватися ураженням глибоких вен. Це можливо за рахунок поширення тромбоза через сафенофеморальне чи сафенопоплітеальне співз'єднання, перфорантні вени з клапанною недостатністю [8, 3, 4, 9].

Частота розвитку тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) при несвоєчасному та недостатньо адекватному лікуванні ТПВ коливається в межах 1,9–13,3% [2, 7, 10].

Беручи до уваги поширеність проблеми, високий ризик венозного тромбоемболізму, травматичність відкритих оперативних втручань при варикозній хворобі, ускладненій тромбофлебітом поверхневих вен, та тривалий післяопераційний період, існує необхідність у пошуках нових та удосконаленні вже існуючих методів лікування даної патології.

**Мета дослідження:** поліпшення раціонального підходу до лікування варикозної хвороби, ускладненої тромбофлебітом поверхневих вен нижніх кінцівок за допомогою малоінвазивних методів лікування.

**Матеріали та методи.** Під наглядом перебувало 21 хворих з варикозною хворобою нижніх кін-

цівок (ВХНК) класу С2-С4 по СЕАР, ускладненою гострим тромбофлебітом підшкірних вен, які отримували лікування в амбулаторних умовах на базі центру малоінвазивних втручань ННМЦ «Університетська клініка ЗДМУ» м. Запоріжжя за період 2019 р.

Жінок було 9 (42,8%), чоловіків – 12 (57,2%). Середній вік пацієнтів становив  $46,5 \pm 6,8$  року. Всі хворі не мали важкої соматичної патології в анамнезі. Тривалість ВХНК до звернення хворого складала, в середньому,  $12,5 \pm 4,3$  року.

Залежно від класу ВХНК хворі розподілені таким чином: С2 – 6 (28,6%), С3 – 9 (42,8%), С4 – 6 (28,6%) хворих. Клінічна вираженість захворювання складала від 5 до 14 балів за Rutherford (2000 р.).

Усім хворим виконувалося ультразвукове доплерівське дослідження вен нижніх кінцівок за допомогою ультразвукового сканера Esaote My Lab Gamma (Італія).

Метою ультразвукового дослідження була оцінка прохідності глибоких вен, поверхневих вен, наявності вено-венозного рефлюксу, встановлення меж поширення рефлюксу зі стовбурових підшкірних вен, ступеня дегенеративних змін у венозній стінці магістральних вен, визначення локалізації, діаметра і наявності рефлюксу по перфорантних венах.

Стандартний протокол дослідження периферичних вен включав їх оцінку в стандартних діагностичних точках з розширенням зони обстеження при виявленні патологічних змін гемодинаміки.

Усіх хворих обстежували в положенні лежачи і стоячи з проведенням функціональної проби Вальсальви за стандартною методикою.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Усім хворим виконувалося хірургічне лікування ВХНК. Обсяг оперативного втручання визначався на підставі об'єктивних клінічних даних та даних ультразвукового дуплексного сканування вен нижніх кінцівок.

За даним доопераційного ультразвукового дуплексного сканування у всіх хворих глибокі вени були прохідні. Ураження ВПВ спостерігалось у 21 хворих, ВПВ та МПВ – у 9-х пацієнтів. Діаметр ВПВ на ураженій кінцівці на рівні стегна становив  $13,4 \pm 2,5$  мм, (від 9 до 20 мм) на гомілки –  $6,9 \pm 4,13$  мм. Діаметр малої підшкірної вени (МПВ) становив  $2,7 \pm 1,71$  мм. Відповідно клапани сафенофemorальне соустья були неспроможні у 21 пацієнтів, сафенопоплітеального соустья – у 9 хворих.

У 18 випадках пацієнти мали ізольоване ураження притоків ВПВ чи МПВ, у 3 випадках у процес були залучені стовбур ВПВ дистальніше верхньої третини стегна.

Усім хворим проведена консервативна терапія, що включала призначення НПЗЗ, низькомолекулярних гепаринів у профілактичних дозах у періопераційному періоді, антибактеріальну терапію (за наявності інфільтрату схильного до абсцедування), лікування супутніх захворювань, місцеву терапію, призначення флеботропних препаратів, компресійну терапію.

Обсяг оперативного втручання становив: радіочастотна абляція (РЧА) стовбура ВПВ, або ВПВ та МПВ, мініфлебектомією колатералей з видаленням тромбованих варикозно-розширених вен.

Оперативні втручання виконувалися в терміні 3–9 діб від початку захворювання.

Для РЧА застосовували апарат фірми «Medtronic» із технологією «VNUS Closure Fast». Процедура РЧА виконувалася за запропонованою розробниками апарату стандартною методикою. Доступ до стовбура сафенової вени виконувався з урахуванням даних УЗД, та знаходився в верхній – середній третині гомілки.

У післяопераційному періоді всім хворим призначалося носіння компресійного трикотажу 2 класу протягом 7 діб безперервно, потім денний режим носіння трикотажу протягом 2 міс. Активізація, профілактична дозована ходьба 1-2 години на день. Результати лікування відстежувалися у термін 6 місяців.

Після операції хворі почували себе задовільно та не потребували госпіталізації.

За даними спостереження випадків реканалізації, ретромбоза не спостерігалось. Больовий синдром пов'язаний з тромбофлебітом, оперативним втручанням не був виражений, повністю нівелювався протягом 1–2 діб у всіх пацієнтів. Інфільтрація в ділянці ураженої вени у 15 (71,4%) пацієнтів зберігалась до 1–1,5 міс. У 6 (28,6%) пацієнтів незначне ущільнення зберігалась до 6 міс. Протягом 1 місяця у всіх хворих зберігалась незначна пігментація в ділянці ураженої вени, яка зникла до 6 місяців.

Випадків венозного тромбоемболізму зафіксовано не було.

**Висновки.** РЧА, у поєднанні з мініфлебектомією є ефективним методом лікування ВХНК ускладненої ТПВ унаслідок радикального видалення патологічного вогнища, одночасної ліквідації загрози рецидивуючого плинущо захворювання, відсутності необхідності у подальшій плановій госпіталізації, прискорення термінів реабілітації, має гарний косметичний ефект та може бути альтернативою відкритих хірургічних втручань.

**Інформація про конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при виконанні наукового дослідження та підготовці даної статті.

**Інформація про фінансування.** Автори гарантують, що вони не отримували жодних винагород у будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

**Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:**

Перцов В.І. – розробка концепції і дизайну дослідження, аналіз отриманих даних, редагування, статистична обробка даних.

Мамунчак О.В. – збір матеріалу дослідження, розробка дизайну дослідження, аналіз отриманих даних.

Костів С.Я. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних, підготовка тексту статті.

Перцов І.В. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних, підготовка тексту статті.

**Список використаної літератури**

1. Альбер-АдриенРамеле. Варикозные вены и телеангиоэктазии / Альбер-АдриенРамеле, Филипп Керн, Мишель Перин; [пер. с франц. под общ. ред. Т.В. Алекперовой]. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 288 с.
2. Диагностика и лечение тромбофлебита поверхностных вен конечностей. Российские клинические рекомендации. Флебология. 2019;13:2:78–97.
3. 8-й Санкт-Петербургский Венозный форум. Актуальные вопросы флебологии, 4 декабря 2015 года, Санкт-Петербург, сборник тезисов / Под редакцией Е.В. Шайдакова. СПб.: Альта Астра. 2015. 100 с.
4. Кириенко, А.И., Панченко, Е.П., Андрияшкин В.В. Венозный тромбоз в практике терапевта и хирурга. М.: Планида, 2012. 328 с.

5. Клиническая флебология/ Под редакцией Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко. М.: ДПК Пресс, 2016. 256 с.
6. Косинський О.В. Структура інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок в Україні за 2013 рік / О.В. Косинський, Д. Л. Бузмаков, В. В. Ржемовський // Клін. флебологія. 2014. Т. 17, № 1. С. 100–103.
7. Котенко К. Эпидемиология и терапия хронических заболеваний вен / К. Котенко // Здоров'я України. 2012. №2. С. 2–3.
8. Флебология: Руководство для врачей / Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.: Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664с.: ил. – ISBN 5-225-04702-5.
9. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest Am Coll Chest Phys. 2012;141:2. doi: 10.1378/chest.11-2304.
10. ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. European Heart Journal. 2014; August 29, 2014; 48. Advance Access published. doi: 10.1093/eurheartj/ehu283.

**Стаття надійшла до редакції: 15.01.2020 р.**