

© В.І. Русин, П.О. Болдіжар, В.В. Корсак, Ю.А. Левчак, Ю.Ю. Маді, 2011

УДК 616.14-002-007.64-03-089

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

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

ТАКТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АТИПОВИХ ФОРМ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ

Основу роботи складають клінічні спостереження, результати кольорового дуплексного сканування вен нижніх кінцівок і хірургічне лікування 237 хворих із варикозною хворобою нижніх кінцівок, яка ускладнилася ГВТФ. Проведена систематизація атипичних форм ГВТФ у басейні ВПВ та МПВ. Хірургічна тактика атипичних форм ГВТФ, яка ґрунтується на гемодинамічному підході, дозволяє: 1) визначитися з термінами операції; 2) розробити оптимальний план операцій, направлених на лікування варикозної хвороби та її ускладнень у вигляді ГВТФ; 3) зберегти нормально функціонуючі вени; 4) забезпечує косметичність за рахунок застосування мініінвазивних технологій.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт, атипичні форми, хірургічне лікування

Вступ. Ізольований гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) приток великої підшкірної вени (ВПВ) зустрічається у 5% – 17% випадків. Окремі автори утримуються від виконання термінових операцій у такій ситуації, хоча переконливих доказів такої позиції не існує [2, 3].

При цьому виділяють 5 основних гемодинамічних варіантів варикозної хвороби нижніх кінцівок у басейні ВПВ:

1. Ураження передньо-латеральної притоки ВПВ при неспроможності сафено-феморального співгирла та інтактності стовбура ВПВ.

2. Ураження стовбура ВПВ у межах стегна та варикозне розширення латеральної або медіальної притоки ВПВ.

3. Ураження стовбура ВПВ до середньої третини гомілки з ГВТФ аркової вени Леонардо.

4. Ураження дистальної частини стовбура ВПВ та комунікантів гомілки.

5. Тотальне ураження ВПВ на всій довжині [1].

Для кожного із виділених варіантів характерна наявність джерела патологічного вено-венозного скиду, провідника рефлюксу, місця повторного входу притоки [4, 5].

У той же час це тільки розподіл гемодинамічних варіантів варикозної хвороби у залежності від поширеності процесу за стовбуром ВПВ. Між тим існує безліч інших варіантів, які не вкладаються у вищезгадані.

Мета дослідження: для покращання результатів лікування хворих з ГВТФ систематизувати атипичні форми ГВТФ у басейні великої та малої підшкірних вен (МПВ).

Матеріали та методи. Основу роботи складають клінічні спостереження, результати кольорового дуплексного сканування (КДС) вен нижніх кінцівок і хірургічного лікування 237 хворих із варикозною хворобою нижніх кінцівок, яка ускладнилася ГВТФ. Дослідження

проведені у період з 1996 по 2008 рік у хірургічній клініці ЗОКЛ ім. А.Новака на апараті „Zonare” США, із застосуванням датчика 10 Мгц. Першу групу хворих склало 200 пацієнтів з ГВТФ ВПВ, із них 189 пацієнтів мали розповсюджений ГВТФ стовбура ВПВ, а 11 хворих – атипичні форми (локальну, притокову). Друга група представлена 37 пацієнтами з ГВТФ МПВ, 10 з яких були з атипичними формами. З усієї кількості проаналізованих випадків атипичні форми ГВТФ діагностовано у 21 хворого (8,9%).

Результати досліджень та їх обговорення. Основним принципом виокремлення атипичних форм ГВТФ є відсутність висхідного, розповсюдженого варикотромбофлебіту стовбура ВПВ та МПВ. У таких пацієнтів у частині випадків не виявлено рефлюкс у стовбурі ВПВ, або він був локальний і не доходив до притоки. При цьому мав місце ГВТФ приток ВПВ або колатералей. Це зумовлено тим, що розвиток ізольованих варикозно змінених приток пов'язаний з недостатніми, можливо атипичними перфорантами як на стегні, так і на гомілці, де формуються ізольовані патологічні рефлюкси у бік магістрального стовбура.

Хірургічна тактика у таких пацієнтів базувалася на отриманих результатах КДС. При наявності рефлюкса у ВПВ, який поширювався на притоку і доходив до верхівки тромбу, з урахуванням можливості переходу варикотромбофлебіту на стовбур ВПВ операцію виконували негайно. У більшості випадків притока впадала у стовбур ВПВ у її верхньо-середній третині. Відсутність патології на рівні сафено-феморального співгирла та рефлюкса у стовбурі ВПВ свідчить про ізольований варикоз притоки, розвиток якого і масивний тромбоз зумовлені атипичним перфорантом. Такий перфорант зазвичай є непрямим, має велику довжину і невеликий діаметр, проходить через

м'яз, що ускладнює перехід тромбозу на глибокі вени. Низхідний характер розвитку ГВТФ у бік перфоранту є типовим для цієї категорії хворих.

Виходячи з отриманих даних, як стратегічно, так і тактично хворих з атипovими формами ГВТФ слід розділити на три групи:

- 1 група – рефлюкс у ВПВ;
- 2 група – рефлюкс у ВПВ відсутній, наявний

рефлюкс у неспроможних непрямих перфорантах на стегні та гомілці;

3 група – рефлюкс у неспроможних прямих перфорантах (табл.1).

Таким чином, при атипovому ГВТФ нами виконано 21 хірургічне втручання у 237 хворих, котрим ми проводили детальне вивчення змін флєбогемодинаміки.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів з атипovими формами ГВТФ у залежності від виду лікування з урахуванням гемодинамічного фактора

Групи хворих з ГВТФ	Тактика, вид, об'єм втручання	Кількість випадків
I група	На стегні – термінова операція: Кросектомія (КЕ) + короткий стріпінг + флєбектомія приток На гомілці – термінова операція: КЕ + довгий стріпінг ВПВ + флєбектомія приток + відкрита субфасціальна резекція (міні-Лінтон)	8
II група	Відтермінована операція: флєбектомія приток ВПВ+відкрита субфасціальна резекція (міні-Лінтон)	6
III група	Термінова операція: КЕ+короткий стріпінг+флєбектомія приток+ SEPS або відкрита субфасціальна резекція (міні-Лінтон)	7

У першу групу увійшло 8 пацієнтів з ГВТФ приток ВПВ, коли рефлюкс у ВПВ доходив до верхівки тромбу.

У завдання хірургічного лікування входило:

- 1) ліквідація сафено-феморального співгирла – кросектомія;
- 2) видалення варикозно змінених або тромбованих приток;
- 3) сегментарна резекція магістрального венозного стовбура.

Хворим цієї групи у п'яти випадках (клас С2-С3 за СЕАР) застосовані сучасні флєбозберігаючі малоінвазійні методики. Трьом хворим з класом С4-С5 за СЕАР виконали радикальну комбіновану флєбектомію.

Завдяки вивченню змін локальної гемодинаміки практично усі втручання були спрямовані на збереження нормально функціонуючих вен. При виконанні короткого стріпінгу у пацієнтів цієї групи дистальний розріз виконували у верхній третині гомілки для збереження відтоку з вени Леонардо, пов'язаною з прямими перфорантами з метою попередження флєбогіпертензії у післяопераційному періоді. Окрім цього, необхідно зберігати комуніканти у верхній третині гомілки, які з'єднують стовбур ВПВ та МПВ.

До другої групи ми віднесли 6 випадків ізольованого ГВТФ приток ВПВ, пов'язаних з непрямыми неспроможними перфорантами. У всіх випадках відзначено низхідний характер процесу тромбоутворення, і усі пацієнти оперовані у відтермінованому порядку. Об'єм операції – одномоментне видалення тромбованих приток ВПВ через окремі розрізи за Наратом методом тунелювання з елементами мініфлєбектомії та відкритої субфасціальної дисекції перфорантів з міні-доступу. Притоки від стовбура ВПВ відсікали пристінково без утворення сліпого мішка.

Третю групу склали 7 пацієнтів з локальними формами ГВТФ та ізольованим ГВТФ приток ВПВ, які мали зв'язок з неспроможними та тромбованими прямими перфорантами на гомілці.

Локальні та ізольовані форми ГВТФ на гомілці у системі ВПВ, що потребують термінового оперативного втручання, представлені на рис. 1.

До локальних форм ГВТФ на гомілці, що потребують термінового хірургічного лікування, слід віднести «грибоподібну», коли «шляпкою» є тромбована ділянка підшкірної вени, а «ніжкою» – неспроможний тромбований перфорант (рис. 2).

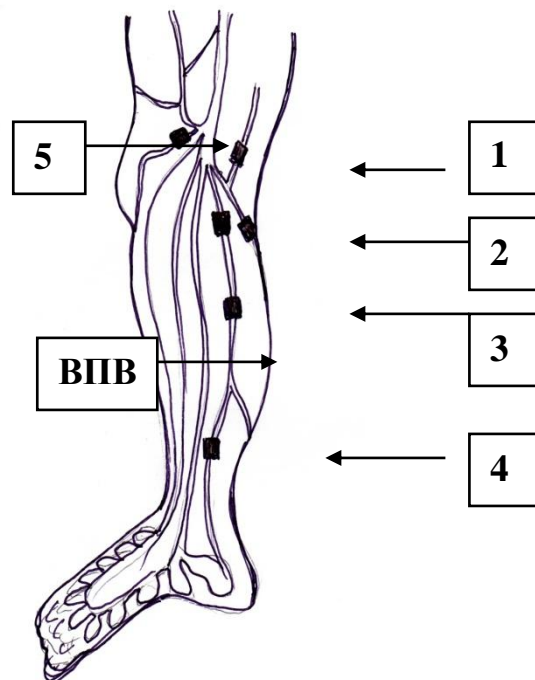


Рис.1. Локальні та ізолювані форми ГВТФ на гомілці, що потребують термінового хірургічного лікування:

1. ГВТФ стовбура ВПВ, що з'єднаний через колатераль з МПВ у підколінній ямці.
2. Ізолюваний ГВТФ аркової вени Леонардо (не переходить на стовбур ВПВ).
3. Нижче або вище локального ГВТФ аркової вени Леонардо знаходиться неспроможний перфорант.
4. «Грибоподібна» форма ГВТФ вени Леонардо; ізолюваний ГВТФ притоки ВПВ (не переходить на стовбур ВПВ; тромбоз перфоранта Кокета).
5. Локальний ГВТФ у вигляді „запонки”.
6. Ізолюваний ГВТФ передньо-латеральної притоки ВПВ на гомілці.



Рис.2. Кольорове дуплексне сканування гомілки хворої Б. – «грибоподібна» форма ГВТФ.

Подібна форма ГВТФ, яка при незначних клінічних проявах є реальною загрозою переходу тромбозу на глибокі вени, була діагностована у 4 із 237 хворих (1,7%).

Іншою локальною формою ГВТФ на гомілці, яка також потребує термінового хірургічного

лікування, є локальний тромбоз у вигляді «запонки», де «шляпкою» є тромбована локально розширена ділянка поверхневої вени гомілки з тромбованим перфорантом у вигляді основи та замикаючою частиною запонки – тромбованою ділянкою однієї із задньо-гомілкових вен (рис.3).



Рис. 3. Ультрасонографічні ознаки тромбозу у вигляді „запонки”.

Така форма ГВТФ була діагностована у 3 з 237 хворих, що склало 1,3%.

Різноманіття атипичних форм ГВТФ спонукало нас до відповідної систематизації з урахуванням не тільки власних даних, але і досвіду та знань багатьох інших фахівців з флебології [2, 6].

Систематизація атипичних форм ГВТФ у басейні ВПВ та МПВ:

I. На стегні:

1. ГВТФ приток ВПВ, пов'язаних з непрямыми неспроможними перфорантами.

2. ГВТФ приток ВПВ у ділянці сафено-фemorального співгирла.

3. ГВТФ вени Джакоміні.

4. «Грибоподібна» форма ГВТФ у нижній третині стегна.

5. ГВТФ латеральної притоки ВПВ.

6. ГВТФ МПВ при високому розташуванні сафено-поплітеального співгирла на стегні.

7. ГВТФ одного зі стовбурів ВПВ при його подвоєнні.

II. У підколінній ямці:

1. ГВТФ латеральної притоки, зумовлений неспроможністю перфоранта Т'єрі.

2. ГВТФ колатеральної гілки між стовбурами ВПВ та МПВ.

3. Тромбоз перфоранта Т'єрі.

III. На гомілці:

1. ГВТФ вени Леонардо.

2. Грибоподібна форма ГВТФ на гомілці.

3. ГВТФ у вигляді «запонки».

4. Поєднання ГВТФ МПВ з тромбозом медіальної суральної вени у середньо-нижній третині гомілки.

5. Поєднання ГВТФ МПВ з колектором камбалоподібного м'язу.

6. Тромбоз приток МПВ.

На наш погляд, така систематизація локалізує форму ГВТФ за сегментами нижньої кінцівки, частково відображає стратегію і тактику лікування і має практичну скерованість.

Таким чином, хірургічна тактика атипичних форм ГВТФ, яка ґрунтується на гемодинамічному підході дозволяє: 1) визначитися з термінами операції; 2) розпрацювати оптимальний план операцій, направлених на лікування варикозної хвороби та її ускладнень у вигляді ГВТФ; 3) зберегти нормально функціонуючі вени; 4) забезпечує косметичність за рахунок застосування мініінвазивних технологій.

Частина операцій, при умові відсутності рефлюксу у магістральному стовбурі та неспроможних перфорантах, відносяться до венозберігаючих. У той же час, при переході тромботичного процесу на глибокі вени гомілки, об'єм втручання розширюється, а наявність тромбозу у глибокій венозній системі вимагає виконання тромбектомії з тимчасовою перев'язкою тромбованої вени у місці її співгирла з метою профілактики поширення тромботичного процесу краніально та розвитку тромбоемболії легеневої артерії.

Висновки. Практично усі атипичні форми ГВТФ системи ВПВ та МПВ потребують термінового оперативного лікування.

Тільки при умові відсутності рефлюксу у ВПВ та наявності рефлюксу у неспроможних непрямих перфорантах на стегні та гомілці оперативне лікування може бути відтерміноване.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ларионов А.А. Выбор объёма оперативного вмешательства в рамках комбинированного лечения варикозной болезни нижних конечностей при разных гемодинамических вариантах / А.А. Ларионов, М.А. Париков, С.А.Крылов // V Конференция Ассоциации флебологов России. — Москва 9-11 декабря 2004. — С. 246—247.

2. Роль рефлюкса в розвитку и прогнозуванні острого тромбофлебита варикозно-расширенных вен нижних конечностей / А.Г.Бебуришвили, А.В.Шаталов, А.А.Шаталов [и др.] // Хирургия. — 2005. — № 12. — С. 8—12.
3. Радикальное хирургическое лечение острого варикотромбофлебита /А.И.Кириенко, А.А.Матюшенко, В.В.Андряшкин, [та ін.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2003. — №2. — С.43—48.
4. Систематизація ультразвукової діагностики основних форм венозної гіпертензії у хворих з варикозною хворобою нижніх кінцівок / В.І. Русин, П.О. Болдіжар, Ф.В. Горленко [та ін.] // Сучасні медичні технології. — 2010. — №1(5). — С53—58.
5. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs-UIP consensus document. Part1.Basic principles / P.Coleridg-Smith, N.Labropoulos, H.Partsch [et al.] // European J Vascr Endovasc Surgery. — 2006. — Vol.31. — P. 83—92.
6. 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.

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

Uzhgorod national university, medical department, surgical disease chair, Uzhgorod

TACTICS AND SURGICAL TREATMENT OF THE ACUTE VARICOTHROMBOPHLEBITIS ATYPICAL FORMS

In the base of the study are clinical observations, colour duplex scanning of the lower limbs veins and surgical treatment of 237 patients with varicose disease of the lower limbs veins, which was complicated by the acute varicothrombophlebitis. The systematisation of the acute varicothrombophlebitis atypical forms in the small and great saphenous venous systems was worked out. The surgical tactics of the acute varicothrombophlebitis atypical forms based on hemodynamic approach allows: 1) to determine the terms of the surgery; 2) to work out the optimal surgical plan aimed at treatment of the varicose disease and its complications; 3) to maintain normal functioning veins; 4) provides cosmetic effect due to the use of the miniinvasive techniques.

Key words: acute varicothrombophlebitis, atypical forms, surgical treatment

Стаття надійшла до редакції: 3.05.2011 р.