Тактика лікування притокового варикотромбофлебіту

С. С. Філіп, В. В. Русин, І. І. Гаджега

Ужгородський національний університет

Tactics of treatment of the inflow varico-thrombophlebitis

S. S. Filip, V. V. Rusyn, I. I. Hadzheha

Uzhgorod National University

Реферат

Мета. Обґрунтувати показання до хірургічного лікування притокового варикотромбофлебіту залежно від стану венозної гемодинаміки у басейні великої підшкірної вени.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів обстеження та лікування 23 хворих із притоковим варикотромбофлебітом у басейні великої підшкірної вени.

Результати. У разі виявлення притокового варикотромбофлебіту оцінювали локалізацію, протяжність, межі, рівень проксимальної та дистальної меж тромботичної оклюзії, характер тромботичних мас. Діагностування притокового гострого варикотромбофлебіту слугувало показанням до термінової операції. У той же час, зважаючи на отримані результати ультразвукового дослідження, вдалося розробити диференційовану тактику за наявності притокового гострого варикотромбофлебіту у басейні великої підшкірної вени.

Висновки. Активна хірургічна тактика при притоковому варикотромбофлебіті дозволила ефективно попередити поширення тромботичного процесу на стовбур великої підшкірної вени та неспроможні пронизні вени, запобігти розвитку тромбозу глибоких вен та венозних тромбоемболічних ускладнень. У той же час зменшення об'єму оперативного втручання за наявності у хворого притокового варикотромбофлебіту давало змогу зберегти інтактну велику підшкірну вену для ймовірних реконструктивних втручань у майбутньому та попередити розвиток хронічної венозної недостатності.

Ключові слова: притоковий варикотромбофлебіт; велика підшкірна вена; склерооблітерація; флебоцентез.

Abstract

Objective. To substantiate the indications for surgical treatment of the inflow thrombophlebitis, depending on state of venous hemodynamics in the large subcutaneous vein basin.

Materials and methods. Analysis of the examination and treatment results was conducted in 23 patients, suffering the inflow varico-thrombophlebitis in the large subcutaneous vein basin.

Results. Localization, length, borders, level of proximal and distal edges of thrombotic occlusion, and the thrombotic masses character were estimated in a case of the inflow thrombophlebitis diagnosis. Establishment of an acute inflow varico-thrombophlebitis diagnosis have had served the indication for performance of an urgent operation. At the same time, taking into account of the ultrasonographic investigation results obtained, it became possible to elaborate a differentiated tactics for the inflow varico-thrombophlebitis in the large subcutaneous vein basin present.

Conclusion. Following an active surgical tactics for the inflow varico-thrombophlebitis have permitted to prevent effectively the spread of thrombotic process on the large subcutaneous vein trunk and insufficient perforant veins, as well as to prevent the development of thrombosis in deep veins and venous thromboembolism morbidity. At the same time the operation volume reduction due to the inflow thrombophlebitis presence in the patient gave a chance to preserve the intact subcutaneous vein for possible further reconstructive interventions and to prevent the chronic venous insufficiency development as well.

Keywords: the inflow thrombophlebitis; large subcutaneous vein; scleroobliteration; phlebocentesis.

Варикотромбофлебіт (ВТФ) є найчастішим ускладненням варикозної хвороби нижніх кінцівок. У 39,2 – 95,9% пацієнтів поверхневий ВТФ виникає у басейні великої підшкірної вени (ВПВ) [1 – 6].

При цьому у майже кожного третього пацієнта тромботичний процес при ВТФ сягає гирла ВПВ [2, 7]. При гострому варикотромбофлебіті (ГВТФ) патологічний процес переходить на глибоку венозну систему через сафено-феморальне співгирло (у 3,6 – 13,5% пацієнтів) або неспроможні пронизні вени (у 4,3 – 55% пацієнтів) [1, 8, 9]. Перехід тромботичного процесу на глибоку венозну систему спричиняє тромбоз глибоких вен та загрозу тромбоемболії легеневої артерії.

В. І. Русин і співавтори [2] стверджують, що за сприятливих умов швидкість поширення тромботичних мас у проксимальному напрямку може становити до 35 см за добу, а момент переходу тромботичного процесу на глибокі вени прихований та клінічно не проявляється.

Пряма загроза венозних тромбоемболічних ускладнень при ГВТФ змушує більшість хірургів обирати хірургічний шлях розв'язання проблеми. Проте у жодному доступному нам літературному джерелі немає згадки про хірургічну тактику у пацієнтів з притоковим ВТФ. Більшість авторів нехтують цією проблемою, вважаючи її другорядною, тоді як притоковий ВТФ несе у собі реальну загрозу життю та здоров'ю пацієнта.

Мета дослідження: обґрунтувати показання до хірургічного лікування притокового ВТФ залежно від стану венозної гемодинаміки у басейні ВПВ.

Матеріали і методи дослідження

У роботі проаналізовано результати обстеження та хірургічного лікування 23 пацієнтів із притоковим ВТФ у басейні ВПВ. Чоловіків було 6 (26,1%), жінок – 17 (73,9%). Вік хворих коливався від 19 до 80 років, середній вік становив $(53 \pm 2,1)$ року.

До притокового ВТФ відносили ізольований тромбоз варикозно змінених приток та колатералей ВПВ без патології магістрального стовбура.

Для обстеження хворих застосували лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукову доплерографію та ультразвукове дуплексне сканування («ULTIMA PRO–30, z.one Ultra», ZONARE Medical Systems Inc., США).

Результати

Основна небезпека притокового ВТФ до переходу на магістральний стовбур у басейні ВПВ – це трансфасціальний тромбоз, тобто перехід тромботичного процесу на глибоку венозну систему через пронизні вени гомілки.

За даними ультразвукової діагностики виявлено такі локалізації тромботичного ураження приток ВПВ: медіальна додаткова гілка ВПВ – у 3 (13,1%); латеральна додаткова гілка ВПВ – у 2 (8,7%); зовнішня соромітна вена – у 1 (4,3%); медіальна міжсафенна вена – у 4 (17,4%); вена Джіакоміні – у 1 (4,3%); вена Леонардо – у 12 (52,2%).

У разі виявлення притокового ВТФ оцінювали локалізацію, протяжність, межі, рівень проксимальної та дистальної меж тромботичної оклюзії, характер тромботичних мас (рис. 1). Обов'язково перевіряли, чи не перейшов тромботичний процес на стовбур ВПВ та глибину венозну систему.

Наступним етапом ультразвукового обстеження після виявлення притокового ВТФ була оцінка функції клапанного апарату ВПВ, у тому числі остіального клапана, та наявності або відсутності варикозної трансформації магістрального стовбура. Дані ультразвукового обстеження при притоковому ВТФ дозволили оцінити венозну гемодинаміку, прогнозувати небезпеку утворення флотуючої верхівки тромботичних мас і швидкість наростання тромботичних мас у бік стовбура ВПВ та неспроможних пронизних вен гомілки. Так, у 15 (65,2%) із 23 хворих не спостерігали дифузної або локальної варикозної ектазії стовбура ВПВ, а також порушень клапанного апарату останньої. У 4 (17,4%) пацієнтів виявили розповсюджений венозний рефлюкс на стегні та гомілці з ділянками варикозної ектазії стегнового та гомілкового сегментів ВПВ при тромботичній оклюзії медіальної міжсафенної вени (n=2), вени Джіакоміні (n=1) та медіальної додаткової гілки ВПВ (n=1). У 2 (8,7%) пацієнтів при тромботичній оклюзії вени Леонардо спостерігали локальний венозний рефлюкс, варикозну трансформацію гомілково-

Рис. 1.
Ультразвукове дуплексне сканування:
тромботична оклюзія вени Леонардо.

го сегмента ВПВ та неспроможність пронизних вен групи Коккета. У 2 (8,7%) хворих при тромботичній оклюзії латеральної додаткової гілки ВПВ спостерігали розповсюджений рефлюкс на стегні, недостатність остіального та преостіального клапанів, ділянки локальних ектазій ВПВ на стегні.

У 15 хворих за відсутності функціональної неспроможності клапанного апарату та варикозної трансформації стовбура ВПВ виявили тромботичну оклюзію: медіальної додаткової гілки ВПВ (n=2), зовнішньої соромітної вени (n=1), медіальної міжсафенної вени (n=2) та вени Леонардо (n=10). Зокрема, у 2 пацієнтів з локалізацією тромботичного процесу в медіальній додатковій гілці ВПВ виконано лігування та відсічення вени у місці впадіння у ВПВ, флебоцентез із дистального відділу вени та склерооблітерацію притоки. У 1 пацієнта з тромбофлебітом у зовнішній соромітній вені виконано лігування та відсічення вени у місці впадіння у ВПВ з наступною мініфлебектомією тромбованої притоки. У 2 пацієнтів із тромботичною оклюзією медіальної міжсафенної вени виконано лігування та відсічення вени у місцях впадіння у ВПВ та малу підшкірну вену (МПВ) з наступним видаленням притоки.

У 4 пацієнтів із тромботичною оклюзією вени Леонардо та спроможними пронизними венами виконали лігування тромбованої притоки у місці впадіння у ВПВ.

У 8 (34,8%) з 23 пацієнтів у патологічний процес варикозної трансформації, крім тромбованої притоки, був залучений частково або повністю стовбур ВПВ. Об'єм оперативного втручання був значно розширений, оскільки хірургічна тактика була спрямована не лише на ліквідацію тромботичного процесу та попередження його переходу на стовбур ВПВ, а й на ліквідацію венозного рефлюксу та попередження рецидиву захворювання. Характер операційного прийому на магістральному стовбурі залежав від функції остіального клапана, поширеності та локалізації патологічного ураження ВПВ. Так, у 2 пацієнтів з тромботичною оклюзією латеральної додаткової гілки ВПВ та розповсюдженим рефлюксом на стегні, недостат-

Рис. 2.
Видалення тромбованої медіальної додаткової гілки ВПВ та кросектомія.

Рис. 3.
Мініфлебектомія – видалення тромбованої притоки ВПВ з окремого доступу.

ністю остіального та преостіального клапанів, ділянками локальних ектазій ВПВ на стегні обсяг хірургічної допомоги полягав у кросектомії, короткому стріпінгу на стегні, флебоцентезі з латеральної додаткової гілки та виконанні склерооблітерації останньої.

У 2 хворих із тромботичним ураженням медіальної міжсифеної вени та розповсюдженим венозним рефлюксом на стегні та гомілці з ділянками варикозної ектазії стегнового та гомілкового сегментів ВПВ виконали кросектомію, стовбурову склерооблітерацію з лігуванням притоки у місці впадіння у МПВ.

У 2 пацієнтів із ВТФ вени Леонардо, локальним венозним рефлюксом, варикозною трансформацією гомілкового сегмента ВПВ та неспроможністю пронизних вен групи Коккета виконали субфасціальне лігування неспроможних пронизних вен, стовбурову склерооблітерацію ВПВ на гомілці.

У пацієнтів із тромботичною оклюзією медіальної додаткової гілки ВПВ та вени Джакоміні з розповсюдженим венозним рефлюксом на стегні та гомілці, ділянками ва-

Рис. 4.
Субфасціальне лігування неспроможної пронизної вени.

рикозної ектазії стегнового та гомілкового сегментів ВПВ виконали кросектомію, стовбурову склерооблітерацію з лігуванням та видаленням з окремих доступів тромбованих приток ВПВ (рис. 2, 3).

Обговорення

Діагностування притокового ГВТФ слугувало показанням до термінової операції. У той же час з урахуванням отриманих результатів ультразвукового дослідження вдалося розробити диференційовану тактику за наявності притокового ГВТФ у басейні ВПВ.

Інтактність стовбура ВПВ слугувала показанням до її збереження та відмови від кросектомії та стовбурової флебектомії. Об'єм оперативного втручання полягав у ліквідації тромботичного процесу та попередженні його переходу на стовбур ВПВ.

Найбільшого значення надавали тромботичній оклюзії вени Леонардо у зв'язку з небезпекою поширення тромботичного ураження через неспроможні пронизні вени на глибоку венозну систему. З цієї ж причини при даній локалізації притокового ВТФ вважали недоцільним виконувати флебоцентез. Першим етапом виконували субфасціальне лігування неспроможних пронизних вен – у 6 пацієнтів (рис. 4), а потім лігування з відсіченням вени у місці впадіння у ВПВ та МПВ з наступним видаленням притоки з декількох мініфлебектомічних доступів.

У післяопераційному періоді всім пацієнтам, крім антибактеріальної профілактики, призначали флеботропні препарати та еластичну компресію терміном до 2 – 3 міс, у разі розширення об'єму операції на ВПВ хворим додавали оральні антикоагулянти терміном до 1 міс.

Періопераційно у жодного пацієнта не спостерігали тромбоемболії легеневої артерії. Протягом 12 міс спостереження у жодного з прооперованих пацієнтів не спостерігали рецидиву варикозної хвороби та варикотромбофлебиту.

Таким чином, активна хірургічна тактика при притоковому ВТФ дозволяє ефективно попередити поширен-

ня тромботичного процесу на стовбур ВПВ та неспроможні пронизні вени, запобігти розвитку тромбозу глибоких вен та венозних тромбоемболічних ускладнень. У той же час за рахунок зменшення об'єму оперативного втручання за наявності у хворого притокового ВТФ вдається зберегти інтактну ВПВ для ймовірних реконструктивних втручань у майбутньому та попередити розвиток хронічної венозної недостатності.

Висновки

1. При гострому притоковому ВТФ об'єм оперативного втручання зменшують на користь збереження інтактною ВПВ.

2. Основним стандартом лікування притокового ВТФ слід вважати ліквідацію загрози поширення тромбозу на пронизні вени гомілки та стовбур ВПВ.

3. Скорочення обсягу оперативного втручання при притоковому ВТФ дозволяє виконувати його у пацієнтів із вираженою супутньою патологією та під місцевим знеболюванням.

Підтвердження

Фінансування. Робота виконана у відповідності з планом наукових досліджень Ужгородського національного університету. Фінансової підтримки з боку компаній–виробників лікарських препаратів автори не отримували.

Участь авторів. Філіп С. С. – розробка концепції і дизайну дослідження, аналіз отриманих даних, редагування; Русин В. В. – статистичний аналіз даних, аналіз отриманих даних; Гаджега І. І. – збір матеріалу, аналіз отриманих даних, підготовка тексту.

Конфлікт інтересів. Автори не мають конфлікту інтересів.

References

1. Rusyn VI, Korsak VV, Popovych YM. Transfascial thrombosis in the inferior vena cava system. Suchasni medychni tekhnolohii. 2015;(2–3):180–3. [In Ukrainian].
2. Rusyn VI, Korsak VV, Popovych YM, Boyko SO, Lurin IA, Boldizhar PO. Khirurhichne likuvannya tromboziv nyzhnoi porozhnystoi veny. Uzhhorod: Karpaty; 2017. 360s. ISBN 978–966–2095–53–1. [In Ukrainian].
3. Bogachev VY, Boldin BV, Dzhennina OV, Lobanov VN. Peculiarities of drug therapy of lower extremities chronic venous insufficiency. Ambulatory Surgery. 2016;(3–4):16–23. [In Russian].
4. Poseryaev A, Gumerov I, Krivoschekov E, Elschin E. Acute varicothrombophlebitis: diagnostic and treatment tactics. Nor J Dev Int Sci. 2019;(26–2). [In Russian].
5. Wołkowski K, Wołkowski M, Urbanek T. Venous Thromboembolism Prophylaxis and Thrombotic Risk Stratification in the Varicose Veins Surgery–Prospective Observational Study. J Clin Med. 2020 Dec 7;9(12):3970. doi: 10.3390/jcm9123970. PMID: 33297575; PMCID: PMC7762368.
6. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 25;2(2):CD004982. doi: 10.1002/14651858.CD004982.pub6. PMID: 29478266; PMCID: PMC6953389.
7. Chernukha LM, Shchukin SP. Thrombotic complications in severe forms of varicose disease: diagnosis, surgical treatment, using miniinvasive methods. Klin Khir. 2015 Jan;(1):35–7. [In Ukrainian]. PMID: 25842677.
8. Isakhanova SA. Venous thromboembolism in surgical and trauma practice. Literature review. Science and Health. 2020;(3):55–66. doi: 10.34689 / SH.2020.22.3.008. [In Russian].
9. Vashist MG, Kumar S, Verma M, Chaudhary P, Kaushik AK, Sachdeva K. Incidence of Deep Venous Thrombosis after Varicose Vein Surgery–A Prospective Study. Int J Sci Res. 2018;9(2):504–6. doi: 10.21275 / SR20206110739.

Надійшла 19.08.2020