

УДК 616.14—007.64—005.6—002—07—08

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ НИЖНІХ КІНЦІВОК

*В. І. Ляховський, Д. Г. Дем'янюк, М. О. Дудченко, О. М. Безкоровайний, А. В. Ляховська, М. І. Кравців**Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава,  
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського*

## PECULIARITIES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VARICOTHROMBOPHLEBITIS OF THE LOWER EXTREMITIES

*V. I. Lyakhovskiy, D. G. Demyanyuk, M. O. Dudchenko, O. M. Bezkorovayniy, A. V. Lyakhovska, M. I. Kravtsov*

### РЕФЕРАТ

У клініці судинної хірургії у 2009-2010 рр. з приводу висхідного тромбофлебіту - варикотромбофлебіту (ВТФ) лікували 148 хворих. Тривалість існування варикозної хвороби (ВХ) від 7 до 32 років. З інструментальних методів дослідження для діагностики ВТФ використовували ультразвукове кольорове ангиосканування (УКАС). Флотуючий тромб виявлений у 7 (4,7%), пристінковий - у 73 (49,4%), оклюзійний - у 68 (45,9%) пацієнтів. Оперовані 130 (87,8%) хворих, в тому числі у невідкладному порядку - 119 (91,5%). Радикальна операція виконана у 107 (82,3%) хворих.

**Ключові слова:** висхідний тромбофлебіт; діагностика; лікування.

### SUMMARY

In a vascular surgery clinic there were treated 148 patients, suffering ascending thrombophlebitis - varicothrombophlebitis, in 2009-2010 yrs. Varicose diseases have lasted from 7 to 32 years. Among instrumental methods of investigation there was used ultrasound color angioscanning for diagnosis of varicothrombophlebitis. Flotating thrombus was revealed in 7 (4.7%), juxtawall one - in 73 (49.4%) and the occlusive one - in 68 (45.9%) patients. There were operated on 130 (87.8%) patients, including those in emergency - 119 (91.5%). Radical operation was performed in 107 (82.3%) patients.

**Key words:** ascending thrombophlebitis; diagnosis; treatment.

Утворення тромбу у просвіті варикозно-змінених вен нижніх кінцівок вважають досить поширеним захворюванням. Частота його зумовлена поширенням ВХ, яку діагностують у 17 – 25% дорослого населення. При цьому захворюванні завжди існують умови для утворення тромбу. Майже у 20% пацієнтів при ВХ відзначають ВТФ. Утворення тромбу у просвіті вени небезпечно через його схильність до збільшення у напрямку току крові – утворення висхідного тромбофлебіту. Останнім часом дослідники приділяють значну увагу цьому захворюванню [1–5]. Деякі автори вважають, що протягом доби тромб може збільшуватися до 30 – 35 см [3–5]. При цьому виникає велика загроза появи інших життєво небезпечних ускладнень: тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) – у 10 – 15% хворих, тромбозу глибоких вен – у 10 – 25%, післятромбофлебітичного синдрому (ПТФС). Тромбофлебіт варикозно-змінених вен схильний до рецидиву навіть після перев'язування устя великої підшкірної вени (ВПВ) ноги. Рецидив виникає майже у 60% хворих [2–7]. Значну увагу приділяють можливостям своєчасної діагностики захворювання в умовах поліклініки та в стаціонарах загальнохірургічного профілю, де вперше лікар обстежує таких хворих. Скарги хворих на біль по ходу вени, набряк, почервоніння, ущільнення, підвищення місцевої температури дають підстави припустити утворення тромбу у просвіті запально-зміненої вени. Проте, найважливіше при цьому встановити верхню межу тромбу, оскільки доведено, що верхня межа його завжди на 10 – 15 см вище клінічної.

Достовірні лабораторні методи діагностики висхідного тромбофлебіту відсутні. Визначення вмісту у плазмі деривату фібрину (D-димер тест) свідчить лише про наявність тромбу в просвіті судини. З інструментальних методів дослідження перевагу віддають УКАС, за допомогою якого визначають локалізацію, протяжність, характер та зміщення тромбу,

наявність рухливої верхньої частини — "флотажі", оклюзії вени чи пристінкове розташування.

Сьогодні фахівці обговорюють лікувальну тактику при висхідному тромбофлебіті [3–5, 7]. Автори єдині щодо думки, що тромбофлебіт у ділянці середньої третини стегна і вище, наявність "флотуючої" верхівки тромбу, поширення його на глибокі вени через пронизні, вимагають невідкладного виконання оперативного втручання, насамперед, для попередження ТЕЛА [8].

Мета роботи: покращити результати лікування висхідного тромбофлебіту шляхом розширення показань до виконання невідкладних оперативних втручань з метою попередження ТЕЛА та інших ускладнень.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У 2009 — 2010 рр. у клініці судинної хірургії Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського з приводу висхідного тромбофлебіту — ВТФ лікували 148 хворих. Чоловіків було 53 (35,8%), жінок — 95 (64,1%). Вік хворих від 19 до 86 років, у середньому 56,3 року. Пацієнтів госпіталізували через 3 — 15 діб від початку захворювання. Тривалість існування ВХ від 7 до 32 років. Найбільш часто захворювання виявляли у пацієнтів віком від 41 до 70 років — у 125 (84,4%). Віком від 51 до 60 років було 58 (39,1%) госпіталізованих. Найбільшу кількість хворих реєстрували у весняні та осінні місяці. Це пов'язане з періодом найбільшої активності людей цього віку. Госпіталізовані з приводу висхідного тромбофлебіту 95,5% хворих, яких лікували з приводу тромбофлебіту.

Хворі скаржилися на біль у певній ділянці кінцівки по ходу вени, місцевий набряк, почервоніння шкіри. При пальпації відзначали локальну болючість. Аналіз скарг та дані фізичних методів дослідження вже під час першого огляду дозволяли припустити наявність тромбофлебіту у пацієнтів при ВХ.

Всім хворим проведені лабораторні дослідження після госпіталізації у терміновому порядку та інструментальні. Під час аналізу крові відзначали помірний лейкоцитоз, незначний зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ, що давало підстави припускати наявність вогнища запалення в організмі у 114 (77%) хворих. Виявленню тромбу в просвіті вени допомагало визначення у плазмі деривату фібрину (D-димер тест). У 127 (85,8%) хворих він перевищував норму. Всім хворим в день госпіталізації проводили УКАС з використанням апарата Logic — 7. Антикоагулянти призначали під контролем коагулограми.

На підставі аналізу даних анамнезу захворювання, результатів клінічного, лабораторних та інструментальних методів дослідження у пацієнтів діагностованих висхідний тромбофлебіт на тлі ВХ. У 137 (92,6%)

хворих тромб локалізувався у ВПВ, в 11 (7,4%) — у малій підшкірній вені (МПВ). За класифікацією СЕАР (1994), хронічна венозна недостатність (ХВН) у стадії С2 відзначена у 6 (4,1%), С3 — у 87 (58,8%), С4 — у 31 (20,9%), С5 — у 13 (8,8%), С6 — в 11 (7,4%) хворих. Пацієнти за локалізацією тромбу розподілені на 4 групи: I — тромбофлебіт дистальних відділів ВПВ чи МПВ — у 21 (14,2%), II — тромбофлебіт проксимальних відділів ВПВ чи МПВ без переходу через сафенофеморальне (СФС) чи сафенопоплітеальне (СПС) співустя — у 68 (45,9%), III — тромбофлебіт проксимальних відділів ВПВ чи МПВ з переходом через СФС чи СПС у глибокі вени — у 39 (26,4%), IV — тромбофлебіт ВПВ чи МПВ з переходом процесу у глибокі вени через пронизні — у 20 (13,5%). Флотуючий тромб спостерігали у 7 (4,7%), пристінковий — у 73 (49,4%), оклюзійний — у 68 (45,9%) пацієнтів.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Погляди хірургів на тактику лікування ВТФ останнім часом змінилися на користь активного хірургічного втручання. Це стосується, насамперед, локалізації тромбу в проксимальному відділі вен стегна, ураження СФС та СПС, поширення тромбу на глибокі вени через СФС і СПС, пронизні вени та наявності флотуючих тромбів у магістральних венах [2–5]. За іншої локалізації допускається консервативне лікування шляхом використання антикоагулянтів, фібринолітиків, нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), антиагрегантів та спостереження за динамікою утворення тромбу [9]. В міждисциплінарних клінічних рекомендаціях України з лікування венозного тромбоемболізму [1] чітко наголошується, що при виникненні ВТФ показане виконання радикальної операції — кросектомії, видалення тромбованих і нетромбованих уражених вен з перев'язуванням неспроможних пронизних вен. Питання щодо можливості виконання радикального чи паліативного (кросектомії) втручання вирішує хірург у кожній конкретній ситуації.

Отримавши беззаперечні докази наявності та характеру розташування тромбу в просвіті вени, відповідно до сучасних поглядів на проблему, хірург повинен чітко вирішити три завдання. Перше: доцільність виконання операції чи призначення комплексної консервативної терапії. Друге: виконання оперативного втручання терміново чи у відстроченому порядку. Третє: обсяг втручання, радикальне чи паліативне.

Щодо першого завдання, намагалися ретельно і виважено формулювати показання до виконання оперативного втручання. Обмежували до абсолютних показання до проведення консервативної терапії. Наші міркування ґрунтовані на реальному стані судинної хірургії за межами спеціалізованих центрів та

відділень. Кількість хворих, у яких виявляють висхідний тромбофлебіт, збільшується кожного року. В сучасних умовах існують певні складності діагностики захворювання і належного спостереження за хворими. Основна причина — відсутність фахівців з судинної хірургії та ультразвукового дослідження судин у регіонах. Хворі відчують значний професійний дискомфорт тих, хто "зобов'язаний" спостерігати за ними і організовувати спеціальну допомогу. У спеціалізованому відділенні необхідно виконати все, використати найменшу можливість для оздоровлення госпіталізованих пацієнтів. Вважаємо, що з відділення хворих слід випускати після усунення патологічного вогнища та умов можливого рецидиву захворювання.

У I групі консервативне лікування проведене у 13 (69,1%) хворих. У 8 хворих відзначено поширення тромбу в просвіт магістральної вени з притоків, всі вони оперовані. У II групі консервативна терапія застосована у 5 пацієнтів з тяжкими супутніми захворюваннями та ХВН С5—С6 (за класифікацією СЕАР). У цих хворих встановлені протипоказання, зумовлені супутніми захворюваннями. Загалом консервативна терапія проведена 18 (12,1%) хворим, оперовані 130 (87,8%).

Друге завдання вирішували, зважаючи на такі положення. Гострий тромбофлебіт магістральних вен, ураження притоків з переходом процесу на магістральні вени завжди загрожує життю хворого, оскільки його перебіг непередбачуваний [10]. Тому, хворих необхідно оперувати у невідкладному порядку. Госпіталізованих, за необхідності, оглядали суміжні фахівці: кардіолог, ендокринолог, онколог та ін. Проводили короткочасну передопераційну підготовку. Застосовували місцеву анестезію. У невідкладному порядку оперовані 119 (91,5%) хворих, у відстроченому — 11 (8,5%), після проведення відповідної передопераційної підготовки.

Визначення обсягу операції вимагає аналізу особливостей пацієнта: наявності супутніх захворювань, ступеня їх компенсації, тривалості захворювання, локалізації процесу. У хворих при ХВН класу С5—С6 (за класифікацією СЕАР) необхідно мати на увазі виникнення склеротичних змін та трофічних розладів у ділянці гомілки, можливу появу інфекційних ускладнень.

Радикально оперовані 107 (82,3%) хворих. Операція включала кросектомію ВПВ чи МПВ, видалення тромбованих і нетромбованих варикозно-змінених підшкірних вен, перев'язування неспроможних пронизних вен. За показаннями виконували тромбектомію з глибоких вен.

Паліативне втручання передбачало кросектомію приустьового відділу ВПВ чи МПВ, при необхідності — тромбектомію з глибоких вен, перев'язування при-

устьових приток, видалення ВПВ чи МПВ в межах рани. Для доступу до СФС використовували косо-поздовжній розріз за Черв'яковим. Оптимальним доступом до цієї венозної структури вважаємо розріз через пахвинну складку. Якщо планували втручання на стеновій вені — застосовували вертикальний доступ у проекції судинного пучка [2—4]. Зважаючи на варіабельність розташування СПС, доступ до нього здійснювали з використанням косо-поперечного розрізу у підколінній ямці після його маркування під час проведення УКАС.

У 14 (9,5%) пацієнтів, яким проведене консервативне лікування, що включало призначення прямих та непрямих антикоагулянтів та НПЗП, з 2 — 3-ї доби відзначали покращання, що проявлялося зникненням скарг, зменшенням вираженості клінічних проявів, позитивними змінами аналізу крові і показників коагулограми, це підтверджене даними УКАС. У 4 (2,7%) хворих при проведенні відповідної консервативної терапії протягом 4—5 діб позитивних змін не було, їм здійснене додаткове обстеження для підтвердження тромбофілії, під контролем агрегатограми призначені дезагреганти. Позитивний ефект досягнутий через 3—4 доби лікування.

Після операції хворим рекомендували активний режим, призначали антикоагулянти, НПЗП. В ранньому післяопераційному періоді у 5 (3,8%) хворих відзначено лімforeю з розрізу у пахвинній ділянці, 8 (6,2%) — протягом 2—3 діб скаргилися на біль у ділянці операційної рани, у 6 (4,6%) — виникла гіпестезія на різних ділянках стегна й гомілки. Всі пацієнти одужали. Найближчі післяопераційні наслідки оцінені нами як хороші та задовільні.

## ВИСНОВКИ

1. В усіх хворих, у яких припускають наявність ВТФ, необхідно проводити УКАС, яке дозволяє виявити тромб у просвіті судин, його локалізацію, тяжкість та зв'язок з стінкою вени.

2. Під час вибору методу лікування хворих з приводу ВТФ нижніх кінцівок перевагу віддавали оперативному. Оперовані 130 (87,8%) хворих.

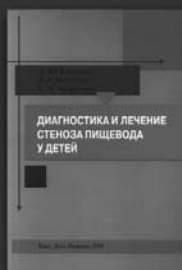
3. Відсутність надійного методу прогнозування перебігу ВТФ вимагає виконувати невідкладні оперативні втручання у більшості хворих. У невідкладному порядку оперовані 119 (91,5%) хворих.

4. Виконання радикальних операцій забезпечує усунення причин рецидиву захворювання. Радикально оперовані 107 (82,3%) хворих.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика: Міждисциплінарні клінічні рекомендації. — К., 2011. — 63 с.
2. Клиническая ангиология; под ред. акад. РАМН А. В. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — Т. 2. — 888 с.

3. Константинова Г. Д. Флебология / Г. Д. Константинова, А. Р. Зубарев, Е. Г. Градусов. — М.: Изд. дом Видар, 2000. — 160 с.
4. Практикум по лечению варикозной болезни / Г. Д. Константинова, П. К. Воскресенский, О. В. Гордина [и др.]; под ред. Г. Д. Константиновой. — М.: Профиль, 2006. — 188 с.
5. Чернуха Л. М. Острый тромбоз флебит: тактика лечения и профилактика эмболических осложнений / Л. М. Чернуха, С. П. Щукин // Клін. флебологія. — 2010. — Т. 3, № 2. — С. 73.
6. Результаты ангиохирургического лечения варикоцеле / В. Г. Герасимов, Н. В. Шульга, В. В. Герасимов [и др.] // Там же. — С. 48 — 50.
7. Тромбоз поверхностных вен нижних конечностей: выбор лечебной тактики / В. А. Прасол, В. И. Троян, Н. Л. Битчук [и др.] // Там же. — С. 68—69.
8. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев, В. А. Гологорский, В. А. Кириченко [и др.]; под ред. В. С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
9. Миргородський Д. С. Застосування тромболітичної терапії у хворих з тривалим терміном гострих венозних тромбозів системи нижньої порожнистої вени / Д. С. Миргородський, Л. Ю. Маркулан // Клін. флебологія. — 2010. — Т. 3, № 2. — С. 59 — 61.
10. Кириченко А. И. Острый тромбоз флебит / А. И. Кириченко, А. А. Матюшенко, В. В. Андрияшкин. — М.: Литтера, 2006. — 108 с.



НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО

“ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).

ТОВ “Ліга-Інформ”,  
03680, м. Київ,  
вул. Героїв Севастополя, 30.  
Свідоцтво про внесення  
до Державного реєстру суб’єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.  
Тел./факс -044.408.18.11  
e-mail: info@hirurgiya.com.ua