

## ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АТИПОВИХ ФОРМ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ

В. І. Русин, М. І. Ряшко, С. С. Сірчак, В. М. Лопіт, О. С. Краснопольська  
Ужгородський національний університет, медичний факультет

## SURGICAL TREATMENT TACTICS OF AN ACUTE VARICOTHROMBOPHLEBITIS ATYPICAL FORMS

V. I. Rusyn, M. I. Ryashko, S. S. Sirchak, V. M. Lopit, O. S. Krasnopohlska

Притоки ВПВ та МПВ відіграють суттєву роль у виникненні варикозної хвороби. Важливе значення має відповідність або невідповідність напрямків току крові у притоках системи ВПВ та МПВ при з'єднанні з магістральним током крові в основних венозних стовбурах [1, 2]. Ізольований ГВТФ приток ВПВ виявляють у 5 — 17% хворих [3—5]. Окремі автори утримуються від виконання термінових операцій за такої ситуації, хоча переконливих доказів цієї позиції немає.

Виділяють 5 основних гемодинамічних варіантів варикозної хвороби НК у басейні ВПВ ноги, де виявляють ГВТФ [3, 6, 7]:

1) ураження передньо—латеральної притоки ВПВ при неспроможності сафено—феморального спів'язу (СФС) та інтактного стовбура ВПВ;

2) ураження стовбура ВПВ у межах стегна та варикозні зміни 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 сполучних гілок гомілки;

5) тотальне ураження ВПВ [8].

Кожний з цих варіантів характеризується наявністю джерела патологічного вено—венозного скидання крові, провідника рефлюксу, місця повторного входу притоки.

У той же час, це тільки можливий розподіл гемодинамічних варіантів варикозної хвороби залежно від поширення процесу у стовбурі ВПВ, ускладненого або неускладненого

### Реферат

Вивчені зміни флебогемодинаміки під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) у 237 хворих при гострому варикотромбофлебіті (ГВТФ) поверхневих вен нижніх кінцівок (НК). У 21 пацієнта виявлені атипові форми ГВТФ, зокрема, рефлюкс у великій підшкірній вені (ВПВ) ноги і/або малій підшкірній вені (МПВ); рефлюкс у неспроможних непрямих пронизних венах на стегні та гомілці; рефлюкс у неспроможних прямих пронизних венах. З приводу атипових форм ГВТФ виконані термінові операції на стегні та гомілці: кроссектомія (КЕ), короткий або довгий стріпінг, флектомія і/або склерооблітерація приток; відкрита субфасціальна резекція (міні—Лінтон); відтерміновані операції: флектомія приток ВПВ/МПВ, відкрита склерооблітерація, субфасціальна резекція (міні—Лінтон). Систематизація форм ГВТФ за сегментами НК дозволила визначити стратегію і тактику лікування хворих, що має важливе практичне значення.

**Ключові слова:** гострий поверхневий варикотромбофлебіт; склерооблітерація; кроссектомія; флебоцентез.

### Abstract

Changes of phlebohodynamics under control of ultrasonographic investigation were registered in 237 patients, suffering an acute varicothrombophlebitis (AVTH) of superficial veins of lower extremities (LE). In 21 patients atypical forms of AVTH were revealed, including reflux toward a big subcutaneous vein (BSV) of the leg and/or small subcutaneous vein (SSV); reflux toward insufficient indirect veins on hip and shin; reflux toward insufficient direct perforant veins. For atypical forms of AVTH the urgent operations on hip and shin were performed: crossectomy, short or long stripping, phlebectomy and/or scleroobliteration of tributaries; open subfascial resection (mini—Linton); deferred operations: phlebectomy of the BSV/SSV tributaries, open scleroobliteration, subfascial resection (mini—Linton). Systematization of the AVTH forms in accordance to the LE segments have permitted to determine strategy and tactics of the patients treatment, what have important practical significance.

**Key words:** acute superficial varicothrombophlebitis; scleroobliteration; crossectomy; phlebocentesis.

ГВТФ [9]. Є багато інших варіантів, які не вкладаються у зазначені. Ми виділяємо атипові форми ГВТФ, основним принципом виділення є відсутність висхідного, поширеного варикотромбофлебіту стовбура ВПВ та МПВ. У деяких з цих пацієнтів рефлюкс у стовбурі ВПВ не виявлений або він локальний і не доходив до притоки.

При цьому відзначали ГВТФ приток ВПВ або колатералей. Це зумовлене тим, що ізольовані варикозні зміни приток пов'язані з недостатністю, можливо атиповими пронизними венами як на стегні, так і на

гомілці, де формується ізольований патологічний рефлюкс у бік магістрального стовбура.

Хірургічна тактика у таких пацієнтів основана на результатах кольорового дуплексного сканування. За наявності рефлюксу у ВПВ, який поширювався на притоку і доходив до верхівки тромбу, з огляду на можливість поширення ГВТФ на стовбур ВПВ, операцію виконували у невідкладному порядку. У більшості спостережень притока впадала у стовбур ВПВ у верхньо—середній третині. Відсутність патологічних змін на рівні СФС та реф-

### Розподіл пацієнтів з атипичними формами ГВТФ залежно від виду лікування з огляду на гемодинамічний фактор

Групи хворих	Кількість хворих	Тактика, вид, обсяг втручання
1-ша	8	Термінова операція на стегні: КЕ, короткий стріпінг, флебектомія і/або склерооблітерація приток Термінова операція на гомілці: КЕ, довгий стріпінг ВПВ, флебектомія приток, відкрита субфасціальна резекція (міні –Лінтон)
2-га	6	Відтермінована операція: флебектомія приток ВПВ/МПВ, відкрита склерооблітерація, субфасціальна резекція (міні –Лінтон)
3-тя	7	Термінова операція: КЕ, короткий стріпінг, флебектомія приток, SEPS або відкрита субфасціальна резекція (міні –Лінтон) і/або склерооблітерація

*Примітка.* SEPS – лапароскопічне кліпуння пронизних вен з використанням мінімального розрізу.

люксу у стовбурі ВПВ свідчить про ізольоване варикозне ураження притоки, поява якого і масивний тромбоз зумовлені атипичною пронизною веною. Така пронизна вена, як правило, непряма, значної довжини і невеликого діаметра, проходить крізь м'яз, що ускладнює поширення тромбозу на глибокі вени. У таких хворих оперативне втручання може бути відтермінованим. В той же час, хворим при ГВТФ та рефлюксі через пряму пронизну вену показане термінове хірургічне втручання.

Мета дослідження: розробка стратегії і тактики хірургічного лікування хворих з приводу атипичних форм ГВТФ системи ВПВ та МПВ.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (Ужгород) у 237 хворих при ГВТФ поверхневих вен НК вивчені зміни флебогемодинаміки під контролем УЗД. У 21 пацієнта виявлені атипичні форми ГВТФ, залежно від яких хворі розподілені на три групи:

1-ша група – рефлюкс у ВПВ і/або МПВ;

2-га група – рефлюкс у неспроможних непрямих пронизних венах на стегні та гомілці;

3-тя група – рефлюкс у неспроможних прямих пронизних венах (див. таблицю).

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 1-й групі (8 пацієнтів) при ГВТФ приток ВПВ і/або МПВ рефлюкс у ВПВ доходив до верхівки тромбу.

Завданнями хірургічного лікування були:

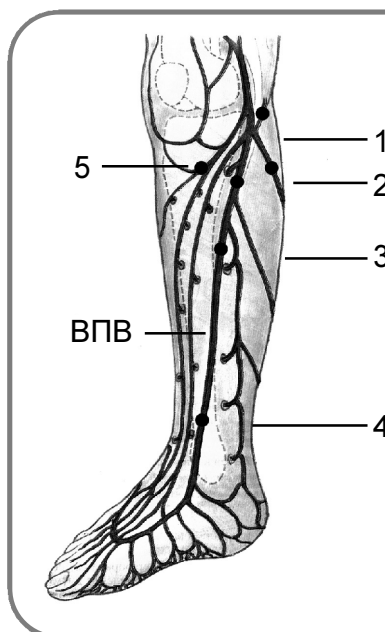
усунення СФС або сафено-поплітального співюстя (СПС) – КЕ; видалення варикозно-змінених чи тромбованих приток або їх склерооблітерація; сегментарна резекція магістрального венозного стовбура; резекція неспроможних пронизних вен і/або склерооблітерація.

У 5 хворих цієї групи (клас С2 – С3 за СЕАР) застосовані сучасні венозберігальні мініінвазивні методи, у 3 (клас С4 – С5 за СЕАР) виконано радикальну комбіновану флебектомію.

Завдяки виявленню змін локальної гемодинаміки практично всі втручання здійснені з збереженням нормально функціонуючих вен. Під час виконання короткого стріпінгу дистальний розріз виконували у верхній третині гомілки для збере-

ження відтоку з вени Леонардо, пов'язаної з прямими пронизними венами, з метою попередження флебогіпертензії після операції. Крім того, необхідно зберігати сполучні протоки у верхній третині гомілки, які з'єднують стовбур ВПВ та МПВ.

До 2-ї групи включені 6 хворих з ізольованим ГВТФ приток ВПВ або МПВ, пов'язаних з непрямими неспроможними пронизними венами. В усіх спостереженнях відзначений низхідний процес тромбоутворення, всі пацієнти оперовані у відтермінованому порядку. Обсяг операції: одномоментне видалення тромбованих приток ВПВ через окремі розрізи за Наратом методом тунелювання з елементами мініфлебектомії та відкритої субфасціальної дисекції пронизних вен з використанням мінідоступу. Притоки відсікали від стовбура ВПВ пристінково,



**Рис. 1.** Локальні та ізольовані форми ГВТФ на гомілці, що потребують термінового хірургічного лікування. 1 – ГВТФ стовбура ВПВ, з'єданого через колатераль з МПВ у підколінній ямці; 2 – ізольований ГВТФ аркової вени Леонардо (не переходить на стовбур ВПВ); 3 – нижче або вище локального ГВТФ аркової вени Леонардо розташована неспроможна пронизна вена; 4 – "грибоподібна" форма ГВТФ вени Леонардо, ізольований ГВТФ притоки ВПВ (не переходить на стовбур ВПВ, тромбоз пронизної вени Кокета); 5 – ізольований ГВТФ передньолатеральної притоки ВПВ.



**Рис. 2.**  
Ультрасонограма.  
Тромбоз пронизної вени у вигляді  
"запонки".

без утворення сліпого мішка. У 3 хворих тромбоз притоки не доходив до стовбура ВПВ, виконували склерооблітерацію приустьової частини з флебоцентезом, тромбектомією та склерооблітерацією дистальної частини притоки.

У 3-й групі (7 пацієнтів) виявлені локальні форми ГВТФ та ізольований ГВТФ приток ВПВ, які мали зв'язок з неспроможними та тромбованими прямими пронизними венами на гомілці. Обсяг термінового втручання: короткий стріпінг на стегні, SEPS або відкрита субфасціальна резекція (міні—Ліптон); у 2 хворих — склерооблітерація прямих неспроможних пронизних вен—провідників дистального рефлюксу.

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 віднес-

ти "грибоподібну", коли "шляпкою" є тромбована ділянка підшкірної вени, а "ніжкою" — неспроможна тромбована пронизна вена.

Ця форма ГВТФ, яка при незначних клінічних проявах є реальною загрозою поширення тромбу на глибокі вени, діагностована у 4 (1,7%) хворих.

Іншою локальною формою ГВТФ на гомілці, яка також потребує термінового хірургічного втручання, є локальний тромбоз у вигляді "запонки", де "шляпкою" є тромбована локально розширена ділянка поверхневої вени гомілки з тромбованою пронизною веною у вигляді основи та замикаючої частини запонки — тромбованою ділянкою однієї з задньо—гомілкових вен (*рис. 2*).

Така форма ГВТФ діагностована у 3 (1,3%) хворих.

Різноманітність атипових форм ГВТФ спонукала нас до їх систематизації з огляду не тільки на власні результати, а й досвід багатьох інших фахівців з флебології.

Систематизація атипових форм ГВТФ у басейні ВПВ та МПВ.

#### *I. На стегні*

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

2. ГВТФ приток ВПВ у ділянці СФС.

3. ГВТФ вени Джакоміні.

4. "Грибоподібна" форма ГВТФ у нижній третині стегна.

5. ГВТФ латеральної притоки ВПВ.

6. ГВТФ МПВ за високого розташування СПС на стегні.

7. ГВТФ одного з стовбурів ВПВ за його подвоєння.

#### *II. У підколінній ямці*

1. ГВТФ латеральної притоки, зумовлений неспроможністю пронизної вени Т'ері.

2. ГВТФ колатеральної гілки між стовбурами ВПВ та МПВ.

3. Тромбоз пронизної вени Т'ері.

#### *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 литкової вени у середньо—нижній третині гомілки.

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

6. Тромбоз приток МПВ.

На нашу думку, систематизація дозволяє локалізувати форму ГВТФ за сегментами НК, обрати стратегію і тактику лікування хворих, має практичне значення.

Більшість операцій за відсутності рефлюксу у магістральному стовбурі та неспроможних пронизних венах відносять до венозберігальних.

При поширенні тромботичного процесу на глибокі вени гомілки обсяг втручання розширюють, наявність тромбозу у глибокій венозній системі потребує виконання тромбектомії з тимчасовим перев'язуванням тромбованої вени у місці її співлуктя з метою попередження поширення тромботичного процесу та виникнення тромбоемболії легеневої артерії.

Таким чином, хірургічна тактика з приводу атипових форм ГВТФ, оснований на гемодинамічному підході, передбачає визначення строків виконання операції, розробку оптимального плану втручання, спрямованого на лікування варикозної хвороби та її ускладнень, зокрема, ГВТФ; збереження нормально функціонуючих вен; забезпечення косметичного ефекту завдяки застосуванню мініінвазивних технологій.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Никульников П. И. Лечение острого варикотромбофлебита / П. И. Никульников, А. В. Ликсунов, В. Т. Ратушнюк // Клініч. хірургія. — 2005. — № 4 — 5. — С. 88.
2. Варикотромбофлебіт / В. І. Русин, В. В. Корсак, П. О. Болдіжар, Ю. А. Левчак. — Ужгород: Карпати, 2012. — 288 с.
3. Traitement chirurgical des varices des membres inferieurs: approche moderne / P. Pittaluga, N. Marionneau, D. Creton [et al.] // Phlebologie. — 2004. — N 3. — P. 301 — 307.
4. Pittaluga P. Saphenous vein preservation: is the new gold standard? / P. Pittaluga, S. Chastanet. — Torino: Minerva Med., 2007. — 411 p.
5. Patterns of saphenous reflux in women with primary varicose veins / C. A. Engelhorn, A. L. Engelhorn, M. F. Casson, S. X. Salles—Cunha // Vasc. Surg. — 2005. — N 41. — P. 645 — 651.
6. Study of the venous reflux progression / N. Labropoulos, L. Leon, S. Kwon [et al.] // Ibid. — P. 291 — 295.
7. Perrin M. Management of recurrent varices at the popliteal fossa after surgical treatment / M. Perrin, J. L. Gillet // Phlebologie. — 2008. — N 23. — P. 64 — 68.
8. Development of primary superficial venous insufficiency: the ascending theory. Observational and hemodynamic data from a 9—year experience / E. Bernardini, P. de Rango, R. Piccioli [et al.] // Ann. Vasc. Surg. — 2010. — N 24. — P. 709 — 720.
9. Recurrent deep vein thrombosis: long term incidence and natural history / N. Labropoulos, J. Jen, H. Jen [et al.] // Ann. Surg. — 2010. — Vol. 251. — P. 749 — 753.