

УДК 616.14–007.64–005.6–07–089.12

ТРОМБОТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ТЯЖКИХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ: ДІАГНОСТИКА, ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ З ЗАСТОСУВАННЯМ МІНІІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ

Л. М. Чернуха, С. П. Щукін

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ,
Вузлова лікарня № 1, ст. Дарниця, Медичний центр сучасної флебології, м. Київ

THROMBOTIC COMPLICATIONS IN SEVERE FORMS OF VARICOSE DISEASE: DIAGNOSIS, SURGICAL TREATMENT, USING MINIINVASIVE METHODS

L. M. Chernukha, S. P. Shchukin

Тромботичні ускладнення тяжких форм ВХ є одними з найтяжчих судинних захворювань, що характеризуються несприятливим прогнозом. Вони спричиняють такі несприятливі наслідки, як тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), післятромбофлебітична хвороба, трофічні розлади. Діагностика тромботичних ускладнень ВХ значно утруднена через наявність маскуючого симптомокомплексу, що пов'язане з тяжкими трофічними порушеннями, ліпідермофасціосклерозом, трофічними виразками, лімфатичним набряком [1].

При поширенні тромботичного процесу на пронизні вени, сафенофеморальне (СФС) або сафенопоплітеальне (СПС) спів'язування виникає загроза гострого тромбозу глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок (НК) і ТЕЛА [2]. Венозний тромбоемболізм супроводжує поверхневий тромбофлебіт у 25% хворих [3]. У більшості з них виник ТГВ, у 3,9% — ТЕЛА [4]. ВТФ, який є основним ускладненням тяжких форм ВХ, вважають небезпечним станом, що може спричинити ТГВ майже у 10% пацієнтів [5]. В багатьох ситуаціях переходу тромботичного процесу на глибокі вени НК можливо запобігти. Якщо це своєчасно не зроблено, патологічний процес переходить в принципово інший.

Незадовільні результати зумовлені пізнім звертанням по медичну

Реферат

Обговорені актуальні питання хірургічного лікування хворих з приводу ускладнень тяжких форм варикозної хвороби (ВХ). Проаналізовані причини незадовільних результатів лікування пацієнтів з приводу варикотромбофлебіту (ВТФ), основною з яких є відсутність єдиної тактики оперативного лікування та антикоагулянтної терапії. Виділені групи пацієнтів з тяжкими формами ВХ, різною локалізацією тромботичного процесу, запропонована диференційована тактика їх хірургічного лікування.

Ключові слова: варикозна хвороба; тромбофлебіт; варикотромбофлебіт; гострий тромбоз вен; дуплексне сканування; ендовенозна лазерна коагуляція; склерохірургія.

Abstract

Actual issues of surgical treatment of patients, suffering complications of varicose disease severe forms, are discussed. The causes of unsatisfactory results of treatment of patients, suffering varicothrombophlebitis, the main of which is the absence of common tactics of operative treatment and anticoagulant therapy, were analyzed. There were formatted the groups of patients, suffering severe forms of varicose disease of various localization of thrombotic process, a differentiated tactics of their surgical treatment was proposed.

Key words: varicose disease; thrombophlebitis; varicothrombophlebitis; acute venous thrombosis; duplex scanning; endovenous laser coagulation; sclerosurgery.

допомогу, застосуванням не завжди коректної лікувально—діагностичної тактики [6]. Триває дискусія щодо лікування таких хворих, амбулаторного чи стаціонарного, консервативного або оперативного, термінового або планового, одномоментного або етапного. Зарубіжні фахівці віддають перевагу консервативному лікуванню, операцію виконують у поодиноких хворих [7]. У нашій країні застосовують переважно хірургічний метод у поєднанні з консервативними заходами. [8]. Методи лікування тромбофлебіту варіюють від еластичної компресії та застосування нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) до хірургічного лікування з високим пе-

рев'язуванням великої (ВПВ)/малої (МПВ) підшкірної вени ноги з стріпінгом або без нього; з призначенням антикоагулянтів (аспірину, нефракціонованого гепарину, варфарину, низькомолекулярного гепарину — НМГ) або без такого. Стріпінг ВПВ/МПВ — найбільш травматичний етап оперативного втручання з приводу ВХ, який може мати несприятливі наслідки у вигляді утворення гематом, ушкодження нервів та лімфатичних судин. Деякі дослідники вважають недоцільним видалення тромбованого стовбура ВПВ/МПВ і пропонують обмежитися резекцією проксимальної частини судини [9]. В сучасній літературі є повідомлення про застосування

мінінвизивних технологій в лікуванні ВТФ [10].

Мета дослідження: покращення результатів лікування хворих з приводу тромботичних ускладнень тяжких форм ВХ шляхом впровадження диференційованої тактики і патогенетично обґрунтованих методів хірургічного лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2004 по 2014 р. обстежені 186 хворих з приводу тромботичних ускладнень тяжких форм ВХ НК. Чоловіків було 85 (45%), жінок — 101 (55%).

Вік пацієнтів від 30 до 77 років, найбільш часто — у 87 (49,4%) захворювання виявляли у віці від 46 до 55 років, тобто, у працездатної частини населення, 27 (15,3%) пацієнтів були молодого віку. Тромбофлебіт частіше виявляли на лівій НК — у 92 (52,3%) пацієнтів.

Тривалість існування ВХ від 3 до 38 років, трофічної виразки — від 2 міс до 15 років.

Стадію хронічного захворювання вен встановлювали за міжнародною класифікацією СЕАР, клінічний розділ. Тяжкі трофічні розлади спостерігали в усіх пацієнтів, в усіх виявляли тяжкі форми хронічної венозної недостатності (ХВН) — С 4 — С 6. ХВН у стадії С 4 — зміни шкіри, зумовлені захворюванням вен (пігментація, венозна екзема, ліподерматосклероз) відзначені у 105 (56%) хворих; у стадії С 5 — зміни шкіри та виразка, що загоїлася — у 65 (35%); у стадії С 6 — зміни шкіри та активна трофічна виразка — у 17 (9%).

Ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) застосоване в усіх пацієнтів. Здійснювали посегментне сканування магістральних вен НК, визначали їх прохідність, стадію тромбу, спроможність клапанного апарату глибоких, підшкірних і пронизних вен, величину і тривалість ретроградного току крові. Спроможність клапанного апарату глибоких і поверхневих вен оцінювали за показниками проби Вальсальви та компресійних проб, припустимим вважали рефлюкс крові не більше 1,5 с. Дослідження проводили з використанням ультразвуково-

го апарата Esaote Caris plus (Італія).

Залежно від локалізації тромботичного процесу хворі розподілені на групи. Тромбофлебіт ВПВ спостерігали у 79 (42,5%) хворих, тромбофлебіт ВПВ з поширенням на СФС — у 28 (15%), з флотацією тромбу у загальну стегнову вену (ЗСВ) — у 11 (5,9%), поширення тромботичного процесу на пронизні вени — у 8 (4,3%), тромбофлебіт МПВ — у 3 (1,6%), МПВ і ППВ — у 2 (1%), тромбоз медіальної литкової вени з флотацією тромбу у підколінну вену (ПВ) — у 4 (2,1%), тромбофлебіт приток ВПВ на гомілиці — у 20 (10,8%), на стегні — у 16 (8,6%).

У 18 (9,7%) хворих виявлений ТГВ з флотуючими тромбами (ФТ), у 7 (3,8%) — ФТ у ЗСВ, у 5 (2,7%) — у зовнішній клубовій вені (ЗКВ), у 2 (1%) — у ПВ, у 4 (2,1%) — у поверхневій стегновій вені (ПСВ).

Тактика лікування хворих з приводу тромботичних ускладнень тяжких форм ВХ має на меті вирішення таких основних завдань: попередження поширення тромбозу на глибокі вени, усунення запальних змін стінок вен та навколишніх тканин в поєднанні з хірургічною санацією гнійно—трофічного дефекту, усунення екзематозного дерматиту, бешихового дерматиту, попередження тромбоемболічних ускладнень, радикальне лікування тромбофлебіту, корекція порушень венозної гемодинаміки, усунення трофічної виразки. Хворих з приводу ТГВ оперували під загальним знеболюванням. З приводу ФТ у ЗСВ та ЗКВ виконували тромбектомію з магістральних вен з перев'язуванням ПСВ (у 12 хворих); за наявності ФТ у ПСВ та ПВ перев'язували ПСВ нижче устя глибокої стегновій вени (ГСВ) (у 6).

Хворі, у яких діагностували ВТФ, розподілені на 3 групи: 128 хворих (група А) оперовані з 2004 по 2010 р.; 48 (група Б) — з 2011 по 2012 р.; 10 (група В) — з 2013 по 2014 р.

У хворих групи А операції виконували за класичним методом: кросектомія, стріпінг, операції Коккета, Нарата під загальним знеболюванням. Основною метою оперативного втручання було запобігання поширенню тромботичних мас в глибоку венозну систему з обов'язко-

вим лігуванням основних співусть поверхневої та глибокої венозних систем; у пацієнтів при тромбозі СФС/СПС — видалення тромбів з глибокої венозної системи шляхом тромбектомії. В усіх пацієнтів оперативне втручання виконане у повному обсязі. Трофічні виразки висікали, дефект тканин закривали спеціальним тимчасовим синтетичним покриттям — алошкірою. На оперовану НК накладали еластичний бинт. Тривалість лікування хворих у стаціонарі у середньому 8,3 дня.

Пацієнтам групи Б здійснювали мінінвизивні втручання під місцевою анестезією з використанням розчину Кляйна. З приводу тромбофлебіту ВПВ за умови збереження прохідності СФС та проксимальної частини ВПВ виконували кросектомію, склерозування вільної від тромбів ділянки ВПВ за методикою foam—form з застосуванням препарату склеровеїн 3%. Піну готували безпосередньо перед введенням за методикою Tessari. Вводили 3 — 8 мл піни в дистальну частину ВПВ через катетер, після чого ВПВ перев'язували, рану в пахвинній ділянці зашивали. Тромботичні маси видаляли з варикозно—змінених вен (флебоцентез) та виконували мініфлебектомію через окремі проколи довжиною 3 — 5 мм, що не потребувало накладання швів на шкіру. Такий спосіб застосований у 48 пацієнтів.

При поширенні тромботичного процесу на СФС, а також за наявності ФТ у ЗСВ, який виходив з ВПВ, виконували тромбектомію з СФС та ЗКВ під місцевою анестезією на висоті проби Вальсальви. Операцію доповнювали флебоцентезом тромбованих приток ВПВ та мініфлебектомією варикозно—змінених вен, вільних від тромбів. Стовбур ВПВ, розташований у сафенному просторі і заповнений тромбами, не видаляли. Такий спосіб застосований у 7 пацієнтів. При ВТФ у басейні МПВ за умови збереження прохідності її проксимальної частини виконували кросектомію, склерозування МПВ, флебоцентез, мініфлебектомію (у 3 пацієнтів). В одного пацієнта виявлений ФТ у ПВ, що виходив з МПВ, йому здійснено тромбектомію з ПВ

через куксу МПВ. На оперовану НК накладали еластичні бинти або застосовували компресійний трикотаж 2—го класу компресії. Через 2—3 год після операції хворим пропонували виконувати рухи пальцями стопи оперованої кінцівки, після чого дозволяли вставати. Більшість пацієнтів виписані на 2—гу добу після операції. Тривалість лікування хворих у стаціонарі у середньому 2,4 дня.

Пацієнтам групи В здійснювали ендовенозну лазерну коагуляцію (ЕВЛК) ВПВ під тумесцентною анестезією. Перед операцією проводили УЗДС (апарат Imagic Agile фірми Kontron Medical, Франція з лінійним датчиком з частотою 7—12 МГц) вен НК у положенні пацієнта стоячи, маркування НК. Дослідження проведені за стандартизованими протоколами. Для ЕВЛК застосовували діодний лазер "Ліка хірург" вітчизняного виробництва, довжина хвилі 1470 нм, потужність 15 Вт. Операцію виконували за умови, що тромботичний процес не поширювався на проксимальну частину ВПВ. Оголене волокно діаметром 600 мкм вводили у дистальну ділянку вільної від тромбів ВПВ шляхом пункції через внутрішньовенну канюлю 19 G під контролем ультразвукового дослідження. В ділянці СФС катетер розташовували на рівні нижньої поверхневої надчеревної вени. Кількість енергії обчислювали за формулою: діаметр вени $\times 10$. Використовували безперервний режим лазерного випромінювання. Для тумесцентної анестезії застосовували розчин Кляйна. Тромботичні маси з варикозно—змінених вен (флебоцентез)

видаляли та здійснювали мініфлебектомію через окремі проколи довжиною 3—5 мм, що не потребувало накладання швів на шкіру. На оперовану НК одягали компресійну панчошу 2—го класу. Протягом 10 діб застосовували НМГ у профілактичних дозах, НПЗЗ— за потребою.

Консервативну терапію з використанням флебопротекторів проводили всім хворим. При поєднанні ВТФ і ТГВ пацієнтам призначали НМГ в лікувальних дозах з подальшим переходом на непрямі антикоагулянти. НПЗЗ призначали пацієнтам при ВТФ ВПВ/МПВ та їх приток. Антибактеріальну терапію за результатами антибіограми проводили пацієнтам за наявності трофічних виразок. Всім хворим призначали компресійний трикотаж 2—3—го класу. Для оцінки вираженості больового синдрому використовували візуально—аналогову 100—міліметрову шкалу (ВАШ), де 0— відсутність болю, 100 мм— його максимальна ефективність.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Операції з використанням склерохірургії, ЕВЛК, флебоцентезу та мініфлебектомії пацієнти переносили добре. Больовий синдром не виражений, деяким хворим вводили ненаркотичні анагетика. В усіх пацієнтів груп В і С відзначали хороший косметичний ефект операції, незначний больовий синдром, ранне відновлення працездатності.

За даними контрольного УЗДС, через 6 міс склерозована вена на стегні оклюзована ехогенними масами. В одного хворого через 6 міс

виявлена реканалізація ділянки ВПВ, яка під час склерозування була заповнена тромбами. Застосована ехосклеротерапія. Реканалізацію ВПВ після ЕВЛК не спостерігали.

У хворих групи А після операції виражений больовий синдром зумовлений наявністю ран та гематом після флебектомії, а також підшкірного ранового каналу після стріпінгу ВПВ/МПВ. Біль спостерігали протягом 7—12 діб, що потребувало призначення анагетиків, обмежувало рухову активність хворих та зумовлювало збільшення тривалості їх лікування у стаціонарі та періоду реабілітації. Ознаки ХВН усунуті практично в усіх хворих. Зникли відчуття тяжкості, набряки, нічні судороги в оперованих НК.

ВИСНОВКИ

1. Основним діагностичним методом, за яким встановлюють показання до виконання невідкладного чи планового оперативного втручання, є УЗДС.

2. У 16% пацієнтів за наявності тромботичних ускладнень тяжких форм ВХ діагностований ТГВ.

3. Склерохірургія та ЕВЛК у поєднанні з флебоцентезом і мініфлебектомією, які виконували під місцевою анестезією, є ефективними і безпечними методами, що запобігало поширенню тромботичного процесу на глибокі вени. Це один з основних методів профілактики ТЕЛА у хворих при ВТФ.

4. Метод також дозволяє надійно усунути вертикальний рефлюкс і варикоз в системі ВПВ та МПВ і є альтернативою відкритій венектомії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кириенко А. И. Острый тромбоз вен / А. И. Кириенко, А. А. Матюшенко, В. В. Андрияшкин. — М.: Литтерра, 2006. — 103 с.
2. Haimovici's vascular surgery; ed. H. Haimovici. — Maiden, 2004. — 5th ed. — 1238 p.
3. Treatment of chronic venous disorders of lower limbs. Recommendations based on the principles of evidence—based medicine / A. N. Nicolaides, C. Allegra, J. Bergan [et al.] // Intern. Angiol. — 2008. — Vol. 27. — P. 488—498.
4. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism. A large, prospective epidemiologic study / H. Decousus, I. Quere, E. Presles [et al.] // J. Thromb. Haemost. — 2007. — Vol. 5. — P. 600.
5. Градусов Е. Г. Диагностика и хирургическое лечение острого тромбоза поверхностных вен в поликлинике / Е. Г. Градусов, О. В. Серков, Г. Д. Константинова // Материалы III конф. Ассоциации флебологов России. — Ростов н/Д, 2001. — С. 207.
6. Kalodiki E. Superficial thrombophlebitis and low—molecular—weight heparin / E. Kalodiki, A. N. Nicolaides // Angiology. — 2002. — Vol. 53, N 6. — P. 65—69.
7. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease / H. R. Buller, G. Agnelli, R. D. Hull [et al.] // Chest. — 2004. — Vol. 26. — P. 126.
8. Лечение острого варикотромбоза / П. И. Никульников, А. В. Ликсунов, В. Т. Ратушнюк [и др.] // Клін. хірургія. — 2005. — № 4—5. — С. 88.
9. The role of Duplex ultrasonography in surgical treatment of acute progressive thrombophlebitis of great saphenous vein / M. Markovic, Z. Markovic, Z. Maksimovic [et al.] // Intern. Angiol. — 2011. — Vol. 30, N 5. — P. 435.
10. Дробязго С. В. Радиочастотная абляция ствола большой подкожной вены при остром варикотромбозе / С. В. Дробязго, А. Ю. Семенов, А. Ю. Румянцев // Флебология. — 2012. — Т. 6, № 2. — С. 119.