

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ТРАНСФАСЦІАЛЬНОМУ ТРОМБОЗІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

В. І. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович, П. О. Болдіжар, О. М. Кочмарь
Ужгородський національний університет, медичний факультет

PROPHYLAXIS OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN TRANSFASCIAL THROMBOSIS OF THE LOWER EXTREMITIES

V. I. Rusyn, V. V. Korsak, Ya. M. Popovych, P. O. Boldizhar, O. M. Kochmahr
Uzhgorod National University, Medical Faculty

Части́м ускладненням варикозної хвороби нижніх кінцівок є поверхневий тромбофлебіт. У 39,2 – 95,9% спостережень поверхневий тромбофлебіт відзначають в системі великої підшкірної вени (ВПВ), в 1,6 – 20% – в басейні МПВ, одночасне ураження ВПВ та МПВ спостерігають в 1,0 – 1,8% пацієнтів [1 – 5]. Значну небезпеку становить поширення тромботичного процесу на устя ВПВ та МПВ. У 4,1 – 29,3% пацієнтів тромботичний процес при ВТФ поширюється до устя ВПВ, у 13,2 – 66,7% – устя МПВ [5 – 7]. За неспроможного звернення пацієнта по допомогу або відсутності активної хірургічної тактики при поверхневому тромбофлебіті тромботичний процес поширюється на глибоку венозну систему через сафенофemorальне (СФС) та сафенопоплітеальне (СПС) співустя – відповідно у 3,6 – 13,5 та 2,2 – 28% пацієнтів, неспроможні пронизні вени – у 4,3 – 55%, м'язові венозні синуси гомілки – у 2,1 – 18% [1, 2, 4, 5, 8]. Поєднання гострого висхідного ВТФ з ізольованим ТГВ гомілкових або литкових вен на боці ураження відзначають у 2,5 – 44%, на контралатеральній кінцівці – в 1 – 9,8% спостережень [4, 5]. Саме з цим пов'язують загрозу виникнення ТГВ та ТЕЛА. На думку авторів, тромб може збільшуватися за добу до 30 – 35 см, верхня межа тромботичного ураження, як правило, розташована на 10 – 15 см вище клінічної [2]. Проте, навіть після здійснення сафенектомії відзначають швидко (до 72 год) формування стегново–підколінно

Реферат

Проаналізовані результати обстеження й лікування 339 хворих з приводу гострого варикотромбофлебіту (ВТФ), ускладненого трансфасціальним тромбозом (ТФТ). Обґрунтовані показання до хірургічної профілактики тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) при ТФТ у системі нижньої порожнистої вени (НПВ). Після операції всім пацієнтам за наявності ТФТ, незалежно від радикальності оперативного втручання, призначали лікування, як при тромбозі глибоких вен (ТГВ). При ТГВ, поєднаному з поверхневим ВТФ, підхід до видалення малої підшкірної вени (МПВ) нижньої кінцівки має бути диференційованим, залежно від поширення тромботичної оклюзії та місця впадіння литкових вен. Впровадження активної хірургічної тактики за наявності флюючого тромбу у гомілково–підколінному венозному сегменті забезпечує проведення ефективної профілактики ТЕЛА.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт; трансфасціальний тромбоз; тромбоемболія легеневої артерії; тромбектомія.

Abstract

Results of examination and treatment of 339 patients, suffering an acute varicothrombophlebitis, complicated by transfascial thrombosis, were analyzed. Indications for surgical prophylaxis of pulmonary thromboembolism in transfascial thrombosis in a system of vena cava inferior were studied. After the operation in all the patients, while presence of transfascial thrombosis, not taking into account the operation radicalism, the treatment was prescribed, similar to that for the deep veins thrombosis. In the deep veins thrombosis, combined with superficial varicothrombophlebitis, an access for excision of a small subcutaneous vein of lower extremity must be differentiated, depending on spreading of thrombotic occlusion and localization of the calf veins inflowing place. Introduction of active surgical tactic in presence of floating thrombus in the ankle–popliteal venous segment secures conduction of effective prophylaxis of pulmonary thromboembolism.

Keywords: acute varicothrombophlebitis; transfascial thrombosis; pulmonary thromboembolism; thrombectomy.

–гомілкового тромбу з високим (до 45,8%) рівнем емболонебезпеки [9].

Частота виявлення ТГВ при гострому поверхневому тромбофлебіті становить 6,7 – 40% [1, 2, 4, 8], при цьому у 4,2 – 31,6% спостережень оклюзійний ВТФ має ембологенні властивості [1, 3], у 0,5 – 49% пацієнтів при ВТФ виникають симптоми ТЕЛА [1, 2, 5, 8, 10]. Асимптомний перебіг тромбоемболії дрібних гілок легеневої артерії при ВТФ, за даними скінтиграфії, діагностують у 33,3% пацієнтів [8]. Летальність від ТЕЛА при гострому поверхневому

тромбофлебіті становить 0,4 – 5% [3]. Всі ці ситуації за міждисциплінарними клінічними рекомендаціями (2013), об'єднують у поняття ТФТ, тобто, поширення тромботичного процесу з ВПВ або МПВ на глибокі вени [11].

Мета дослідження: обґрунтувати показання до хірургічної профілактики ТЕЛА при ТФТ у системі НПВ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати обстеження й хірургічного лікування

Оперативні втручання, виконані у пацієнтів з приводу ТФТ

Втручання	Кількість хворих
Відкрита тромбектомія з устя ВПВ, кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	152
Відкрита тромбектомія з ЗСВ (з венотомією ЗСВ), кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	32
Відкрита тромбектомія з ЗСВ та ЗоКВ (з венотомією ЗСВ), кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	3
Напіввідкрита тромбектомія з ЗСВ (без венотомії ЗСВ), кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	29
Відкрита тромбектомія з устя МПВ, кросектомія, флебектомія ВПВ та МПВ	19
Відкрита тромбектомія з ПВ (з венотомією ПВ), кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	18
Напіввідкрита тромбектомія з ПВ (без венотомії ПВ), кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	3
Відкрита тромбектомія з устя ВПВ та МПВ, кросектомія, флебектомія ВПВ та МПВ	1
Відкрита тромбектомія з устя ВПВ та напіввідкрита тромбектомія з ПВ (без венотомії ПВ), лігування литкових вен, кросектомія, флебектомія ВПВ та МПВ	1
Напіввідкрита тромбектомія з ЗСВ та ПВ (без венотомії ЗСВ та ПВ), кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	1
Відкрита тромбектомія з МПВ, лігування литкових вен, кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	1
Напіввідкрита тромбектомія з ПВ (без венотомії ПВ), лігування литкових вен, кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	10
Відкрита тромбектомія з литкових вен з їх подальшим лігуванням, кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	22
Відкрита тромбектомія з гомілкових вен з подальшим їх лігуванням, кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	5
Відкрита тромбектомія з пронизних вен, кросектомія, флебектомія ВПВ ± МПВ	26
Відкрита тромбектомія з ЗСВ, лігування ПСВ, кросектомія, флебектомія	5
Відкрита тромбектомія з ЗСВ, лігування глибокої стегнової вени, кросектомія, флебектомія	1
Відкрита тромбектомія з ПСВ, лігування ПСВ, кросектомія, флебектомія	3
Кросектомія, флебектомія ВПВ, лігування ПВ нижче впадіння МПВ	7
Разом ...	339

1800 пацієнтів з приводу гострого ВТФ у відділенні хірургії судин Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака у період з 1995 по 2016 р. Чоловіків було 724 (40,2%), жінок — 1076 (59,8%). Вік хворих від 16 до 83 років, у середньому ($53 \pm 2,5$) року. ТФТ діагностований у 339 (18,8%) пацієнтів при гострому ВТФ.

Під час обстеження хворих застосовували лабораторні, а також інструментальні методи дослідження: ультразвукову доплерографію та ультразвукове дуплексне сканування ("Аloка—3500", Японія; "My Lab—50", Італія; "HDI—1500" ATL—Philips; "SIM—5000", Радмір; "ULTIMA PRO—30, z.one Ultra", ZONARE Medical Systems Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

"Золотим стандартом" діагностики гострого ВТФ та ТГВ вважають ультразвукові методи дослідження, зокрема, доплерографію та дуплексне сканування, які застосовані в усіх пацієнтів. Ультразвукове дослідження проводили в положенні хворого лежачи на спині з застосуванням компресійних проб в положенні сидячи та стоячи, а також про-

би Вальсальви. Для огляду МПВ та підколінної вени хворого вкладали на живіт. Варіабельність розташування устя МПВ зумовлює необхідність більш детального та поглибленого огляду. Послідовно оцінювали стан поверхневої, глибокої венозної системи та пронизних вен. Дослідження закінчували ультразвуковим скринінгом контралатеральної кінцівки.

При цьому аналізували локалізацію, протяжність та межі тромботичної оклюзії, проксимальні й дистальні, характер тромботичних мас, наявність флотації верхівки тромбу.

Особливу увагу приділяли виявленню ознак переходу тромботичного процесу на глибоку венозну систему. При виявленні тромботичної оклюзії співустья проводили більш детальне обстеження підколінної, стегнових та клубових вен з метою визначення проксимальної межі тромбу. За наявності флотації верхівки тромбу оцінювали його довжину, визначали ехогенність тромбу, вплив на нього венозного рефлюксу, характер зовнішнього контуру, ступінь рухливості тромботичних мас, співвідношення діаметра тромбу та вени у положенні хворого стоячи.

При переході тромботичного процесу на глибоку венозну систему у 283 (83,5%) пацієнтів спостерігали флотацію верхівки тромбу. Верхівка тромбу при ТФТ локалізувалася: у СФС — у 152 (44,8%) пацієнтів, у загальній стегнової вени (ЗСВ) — у 70 (20,7%), у СПС — у 20 (5,9%), у підколінній вени (ПВ) — у 31 (9,1%), одночасно в СФС та СПС — у 2 (0,6%), у пронизних венах — у 26 (7,7%), при переході на гомілкові вени — у 12 (3,5%), на литкові вени — у 23 (6,8%), на поверхневу стегнову вену (ПСВ) — у 3 (0,9%).

Особливістю оперативного втручання з приводу гострого ВТФ, ускладненого ТФТ, було значне розширення його обсягу через необхідність виконання напіввідкритої тромбектомії при пробі Вальсальви з СФС та/або СПС, ЗСВ та ПВ. За умови часткової фіксації флотуючої верхівки тромбу до передньої стінки ЗСВ або ПВ та значної протяжності флотуючого тромбу (4 см і більше) виконували відкриту тромбектомію з використанням венозного доступу під візуальним контролем.

З приводу тромботичної оклюзії пронизної вени виконували відкриту тромбектомію до досягнення задовільного ретроградного кровото-

ку з подальшим лігуванням або екстирпацію вени.

За тромботичної оклюзії литкових вен з флотацією верхівки тромбу в литкових синусах або ПВ здійснювали відкриту тромбектомію з використанням венотомного доступу з подальшим лігуванням литкових синусів.

При переході тромботичного процесу на гомілкові вени через неспроможні пронизні вени з флотацією верхівки тромбу у ПВ виконували відкриту тромбектомію з ПВ та її лігування з використанням абсорбуючого шовного матеріалу ("Вікріл", "Дексон") нижче впадіння прохідної МПВ.

За умови МПВ слід віддавати перевагу її інтраопераційному збереженню, особливо при тромбозі гомілкових вен, з метою покращення

колатерального венозного відтоку до ПВ.

Оперативні втручання з приводу гострого ВТФ, ускладненого ТФТ, представлені у таблиці.

Всім пацієнтам при гострому ВТФ, ускладненому ТФТ, до та після операції призначали консервативну терапію відповідно до протоколів лікування ТГВ з обов'язковим застоюванням флеботропних (нормовен) та антитромботичних, (магнікор) препаратів протягом 1 року.

На тлі консервативної терапії в ранньому післяопераційному періоді ознак ТЕЛА не спостерігали.

Таким чином, впровадження оперативного лікування з приводу гострого ВТФ, ускладненого ТФТ, дозволило попередити ТЕЛА та відновити прохідність оклюзованого сегмента без порушення анатомічної

цілісності глибокої венозної системи нижніх кінцівок, попередити поширення процесу в проксимальному напрямку.

ВИСНОВКИ

1. При гострому ВТФ, ускладненому ТФТ, слід розширити обсяг оперативного втручання з метою хірургічної профілактики ТЕЛА.

2. Всім пацієнтам при ТФТ, незалежно від радикальності оперативного втручання, слід призначати лікування, як при ТГВ.

3. При ТГВ, поєднаному з поверхневим ВТФ, підхід до видалення МПВ має бути диференційованим, залежно від поширення тромботичної оклюзії та місця впадіння литкових вен.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ковальчук Л. Я. Хірургічна профілактика ТЕЛА в умовах післяопераційних тромбозів в системі нижньої порожнистої вени / Л. Я. Ковальчук, І. К. Венгер С. Я. Костів // Шпитал. хірургія. — 2014. — № 4. — С. 30 — 32.
2. Особливості діагностики та лікування варикотромбофлебіту / В. І. Ляховський, В. Г. Дем'янюк, М. О. Дудченко [та ін.] // Клін. хірургія. — 2012. — № 2. — С. 48 — 51.
3. Смовженко В. І. Особливості оперативного лікування гострого варикотромбофлебіту у пацієнтів похилого і старечого віку / В. І. Смовженко // Там же. — 2010. — № 11 — 12. — С. 41.
4. Особливості перебігу гострого варикотромбофлебіту у пацієнтів похилого і старечого віку та їх вплив на вибір тактики хірургічного лікування і обсяг оперативного втручання / М. І. Тутченко, І. В. Ключко, В. І. Смовженко, В. Г. Меркотан // Там же. — 2011. — № 10. — С. 36 — 38.
5. Чернуха Л. М. Тромботичні ускладнення тяжких форм варикозної хвороби: діагностика, хірургічне лікування з застосуванням мініінвазивних методів / Л. М. Чернуха, С. П. Щукін // Там же. — 2015. — № 1. — С. 35 — 37.
6. Гострий варикотромбофлебіт малої підшкірної вени / В. І. Русин, В. В. Корсак, П. О. Болдіжар [та ін.] // Харк. хірург. школа. — 2014. — № 3 (66). — С. 17 — 24.
7. Доступ к супрадиафрагмальной части нижней полой вены через диафрагму со стороны брюшной полости без вскрытия перикарда у больных, оперированных по поводу почечноклеточного рака / Д. В. Щукин, В. Н. Лесовой, И. А. Гарагатый [и др.] // Клін. хірургія. — 2015. — № 4. — С. 59 — 62.
8. Тамм Т. И. Хирургическое лечение варикозной болезни, осложненной варикотромбофлебитом, в сочетании с трофическими язвами / Т. И. Тамм, О. М. Решетняк // Там же. — № 6. — С. 38 — 40.
9. Лікувальна тактика при венозному тромбозі клубово—стегново—підколінного сегмента у пацієнтів із перенесеною сафенектомією / І. К. Венгер, С. Я. Костів, А. Д. Беденюк [та ін.] // Сучасні мед. технології. — 2011. — № 3 — 4. — С. 66 — 67.
10. Хронобіологічні аспекти варикотромбофлебіту та тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок / В. Й. Сморжевський, М. С. Старцева, Н. Р. Присяжна, С. С. Боклагова // Клін. хірургія. — 2008. — № 4 — 5. — С. 82.
11. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика. Міждисциплінарні клінічні рекомендації. — К., 2013. — 63 с.

