

# ВИБІР ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ І ОБ'ЄМУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Мамчич В. І.<sup>1</sup>, Смовженко В. І.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

<sup>2</sup> Київська міська клінічна лікарня № 15

Гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) спричиняє виникнення тромбозу глибоких вен (ТГВ) в 10–25% випадків. Частота тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) при ГВТФ становить від 3% до 12%.

**Мета роботи** – вивчити особливості перебігу ГВТФ у хворих похилого та старечого віку, що впливають на вибір хірургічної тактики і об'єму оперативного втручання для покращення результатів лікування та зменшення кількості венозних тромбоемболічних ускладнень (ВТЕУ).

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз ефективності оперативного лікування у 240 пацієнтів похилого та старечого віку (середній вік – 71,5 рік) з приводу ГВТФ, клас (С2-С6 по СЕАР), які були оперовані в хірургічному відділенні № 2 міської клінічної лікарні № 15 м. Київ в період з 2005 по 2010 рр. Діагностично-лікувальна тактика включала: виконання ультразвукового дуплексного ангіосканування з кольоровим картуванням кровоплину (УЗДС) та проведення оперативного втручання.

**Результати та обговорення.** За клінічними та сонографічними даними ВТЕУ в основній та контрольній групах були виявлені відповідно в 2(4,16%) та в 7(15,28%) випадках. В контрольній групі в 1(2,17%) випадку був летальний наслідок в результаті масивної ТЕЛА.

**Висновки.** Виконання комбінованої флектомії у хворих похилого та старечого віку при ГВТФ дозволило зменшити кількості ВТЕУ з 7,38% до 0,82% ( $P < 0,05$ ) в порівнянні з випадками, коли була проведена лише кросектомія.

**Ключові слова:** гострий варикотромбофлебіт, люди похилого та старечого віку.

Варикозною хворобою (ВХ) страждає 15–17% дорослого населення. У віці старше 60 років ВХ трапляється в 5–7 разів частіше, ніж у осіб молодшого віку. Гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) є поширеним судинним захворюванням, одним з головних, частих і грізних ускладнень ВХ [1, 2, 3]. Ускладнення ВХ у вигляді ГВТФ становить від 13,6% до 85% [4, 5]. При поширенні тромботичного процесу на перфорантні вени, сафено-феморальне співустя (СФС) чи сафено-поплітеальне співустя (СПС), з'являється загроза розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень (ВТЕУ): тромбозу глибоких вен (ТГВ), тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). ГВТФ спричиняє виникнення ТГВ в 10–25% випадків. Частота ТЕЛА при ГВТФ становить від 3 до 12% [6, 10]. В останні десятиліття спостерігається значне збільшення частоти ГВТФ та його ускладнень у людей похилого та старечого віку [7]. Проблемою невідкладної ангіохірургії є визначення обсягу оперативного втручання при ГВТФ у людей похилого та старечого віку [8]. Актуальність даної проблеми зумовлена поширеністю і значним зростанням частоти виявлення даної патології в

Україні, що вимагає розробки відповідних методів діагностики, лікування та профілактики [9].

**Мета роботи** – вивчити особливості перебігу гострого варикотромбофлебіту у хворих похилого та старечого віку, що впливають на вибір хірургічної тактики і об'єму оперативного втручання для покращення результатів лікування та зменшення кількості венозних тромбоемболічних ускладнень.

## Матеріали та методи

Обстежено 244 і прооперовано 240 хворих похилого та старечого віку (60–89 років) з ГВТФ. Серед них чоловіків було 84(34,42%), жінок – 160(65,58%). В 227(93,03%) випадках ГВТФ локалізувався в басейні ВПВ, в 17(6,97%) – в басейні МПВ. ГВТФ на правій нижній кінцівці був в 98(40,18%) хворих, на лівій – 146(59,82%). Відповідно до класифікації F. Stollmann, F. Verrel (1997), модифікованій А. І. Кірієнко (2003), локалізація ГВТФ була розподілена за типами тромботичного враження в басейні ВПВ та МПВ наступним чином: тип I – тромбофлебіт

дистальних відділів ВПВ чи МПВ або їх притоків 38(15,58%); тип II – тромбофлебіт проксимальних відділів ВПВ чи МПВ, але без переходу через СФС або СПС 67(27,74%); тип III – тромбофлебіт проксимальних відділів ВПВ чи МПВ з переходом через СПС або СПС на глибоку венозну систему 98(40,18%); тип IV – тромбофлебіт ВПВ чи МПВ без розповсюдження на пригирлові відділи, але з переходом на глибоку венозну систему через неспроможні перфорантні вени на гомілці та стегні 39(15,99%); тип V – будь-який варіант тромбофлебіту ВПВ чи МПВ, поєднаний з ізольованим симультанним тромбозом глибокої венозної системи враженої чи контрлатеральної кінцівки 2(0,82%). Ступінь хронічної венозної недостатності (ХВН) була розподілена за класифікаційною системою «СЕАР» (1994): С-2 – 8(3,28%); С-3 – 152(62,73%); С-4 – 48(19,68%); С-5 – 25(10,25%); С-6 – 10(4,1%). Анамнестично було виявлено, що пацієнти страждали на ВХ на протязі 10–60 років і госпіталізувалися в хірургічний стаціонар з приводу ускладнень ВХ у вигляді ГВТФ. Спостерігалися супутні захворювання з переважанням хронічної серцево-судинної та легеневої патології, в тому числі ішемічна хвороба серця – у 244(100%) пацієнтів, гіпертонічна хвороба – у 223(91,43%), хронічні обструктивні захворювання легень – у 128(52,48%). Цукровий діабет II типу діагностовано у 49(20,09%), ожиріння у 54(22,14%).

УЗДС вен нижніх кінцівок виконувалося на апараті «Philips En visor» (США) лінійним датчиком L 12–3 для дослідження підшкірних, глибоких та перфорантних вен нижніх кінцівок і конвексним датчиком S 4–2 для дослідження здухвинних вен та нижньої порожнистої вени за стандартною методикою.

Тактика лікування ГВТФ визначалася в залежності від типу тромботичного ураження та враховувала особливості перебігу тромботичного процесу у даної категорії хворих в залежності від тривалості існування ВХ.

Хворі були розподілені на дві групи: основна та контрольна. У 118(96,76%) хворих з ГВТФ з 122 в основній групі було виконане оптимальне оперативне втручання (радикальне) – комбінована флебектомія, а при необхідності – тромбектомія з глибоких чи перфорантних вен. У 122 хворих з ГВТФ в контрольній групі було виконане мінімально необхідне паліативне оперативне втручання – кросектомія гирла ВПВ чи МПВ, а при необхідності – тромбектомія з глибоких вен.

Комбінована флебектомія проводилася під регіонарною анестезією – СМА, кросектомія – під місцевою анестезією.

### Результати та їх обговорення

В результаті проведення УЗДС вен нижніх кінцівок у хворих похилого та старечого віку з

ГВТФ були виявлені особливості перебігу тромботичного процесу, що пов'язані з тривалістю існування ВХ у даної категорії хворих:

1. При існування ВХ більше 20 років у хворих були візуалізовані розвинені вено-венозні колатералі з власними перфорантами, що з'єднують ВПВ та МПВ на стегні та гомілці між собою та з глибокими венами і є тими колатераліями, через які тромботичний процес при ГВТФ може розповсюджуватися з підшкірних вен на глибокі вени. У 40(16,4%) пацієнтів обох груп були відмічені уражені тромботичним процесом ці вено-венозні колатералі (комунікантний стовбур між ВПВ та МПВ на стегні – 14(5,74%), комунікантний стовбур між ВПВ та МПВ на гомілці – 14(5,74%), вена Джіакоміні (*v. femoropoplitealis*) – 12(4,92%).

2. У 227(93,07%) пацієнтів з тромботичним ураженням в басейні ВПВ (тривалість існування ВХ більше 10 р.) при проведенні проксимальної компресії та проби Вальсальви визначалися ознаки неспроможності остіального клапану ВПВ.

3. За існування ВХ в басейні ВПВ та МПВ більше 20 років у 232(95,08%) хворих спостерігалася неспроможність клапанів різного ступеню тяжкості в підшкірних, перфорантних та глибоких венах з формуванням патологічних вертикального та горизонтального вено-венозних рефлюксів.

Результати вивчення клініко-інструментальних особливостей перебігу ГВТФ у хворих похилого та старечого віку показали, що вибір тактики лікування та об'єм хірургічного втручання залежить від локалізації проксимальної межі тромботичного процесу (тип ГВТФ), особливостей перебігу тромботичного процесу у цієї категорії хворих, пов'язаних з тривалим існування ВХ (стрімке розповсюдження тромботичного процесу в проксимальному напрямку за рахунок неспроможності клапанів вен нижніх кінцівок, наявність розвинених додаткових колатеральних вено-венозних шляхів розповсюдження тромботичного процесу на глибокі вени) і враховує загальний стан пацієнта і важкість супутньої патології. Були встановлені показання до хірургічного лікування ГВТФ:

1. ГВТФ проксимальних відділів ВПВ чи МПВ (II тип ГВТФ);

2. ГВТФ будь-якої локалізації з переходом тромботичного процесу через СФС чи СПС на глибокі вени (III тип ГВТФ);

3. ГВТФ будь-якої локалізації з переходом тромботичного процесу через перфорантні вени на глибокі вени (IV тип ГВТФ);

4. ГВТФ будь-якої локалізації з ураженням комунікантних стовбурів між ВПВ та МПВ на стегні чи гомілці та загрозою переходу тромботичного процесу на глибокі вени (I, II, III, IV тип ГВТФ);

5. ГВТФ будь-якої локалізації з ураженням вени Джіакоміні та загрозою переходу тромботичного процесу на глибокі вени (I, II, III, IV тип

ГВТФ);

6. ГВТФ будь-якої локалізації на тлі РВХ;

7. ГВТФ дистальних відділів ВПВ чи МПВ (I тип ГВТФ) з флотацією верхівки тромбу.

Хірургічне втручання було виконане в невідкладному чи відстроченому порядку в залежності від локалізації тромботичного процесу в термін до 14 днів від моменту виникнення ГВТФ у 240(98,4%) хворих в обох групах. Комбінована флебектомія включала в себе: кросектомію гирла ВПВ чи МПВ, видалення тромбованих та нетромбованих варикозно змінених підшкірних вен з перев'язкою неспроможних перфорантних вен і обробку колатералей між підшкірними венозними басейнами та їх власних перфорантів, що зв'язують колатералі з глибокими венами. Кросектомія в контрольній групі включала в себе: резекцію пригирлового відділу ВПВ чи МПВ з обробкою притоків.

У хворих основної групи явищ ТЕЛА в післяопераційному періоді не було відмічено, на відміну від контрольної групи, де в 1(0,82%) випадку була масивна ТЕЛА, що призвела до летального наслідку і ще в 2(1,64%) випадках спостерігався розвиток ТЕДГЛА, що потребувало переведення та лікування цих хворих у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. У 1(0,85%) хворого основної групи і у 5(4,1%) хворих контрольної групи був відмічений розвиток тромбозу суральних вен на оперованій нозі без флотації верхівки тромбу. Середній ліжкодень після виконання комбінованої флебектомії в основній групі та кросектомії в контрольній групі при ГВТФ був майже однаковим і склав в середньому  $9,8 \pm 0,08$  та  $9,5 \pm 0,1$  доби ( $P < 0,05$ ).

Розвиток посттромботичної хвороби на нижній кінцівці в віддаленому періоді був відміче-

ний в 0,96% і в 5,88% хворих, а наявність ознак регресу ХВН на оперованій кінцівці спостерігався 85,58% і 1,96% ( $P < 0,001$ ) пацієнтів основної та контрольної груп відповідно.

### Висновки

1. За умови наявності варикозної хвороби через 20 років від початку захворювання спостерігається неспроможність остіального клапану у 93,07%, клапанів підшкірних, перфорантних та глибоких вен з розвитком патологічних вено-венозних рефлюксів у 95,08%, утворення колатеральних шляхів розповсюдження тромботичного процесу на глибокі вени (комунікантні стовбури на гомілці та стегні і вена Джіакоміні з власними перфорантами) у 16,4%, що створює підґрунтя для не прогнозованого стрімкого розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень у хворих з гострим варикотромбофлебітом і визначає хірургічну тактику.

2. Показанням до хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту у осіб похилого та старечого віку є: II, III, IV типи тромботичного враження, I та V типи з наявністю флотації верхівки тромбу та всі типи гострого варикотромбофлебіту з розповсюдженням тромботичного процесу на глибокі вени через комунікантні стовбури на гомілці та стегні і вену Джіакоміні.

3. Виконання комбінованої флебектомії у хворих похилого та старечого віку при ГВТФ дозволило зменшити кількості ВТЕУ з 7,38% до 0,82% ( $P < 0,05$ ) в порівнянні з випадками, коли була проведена лише кросектомія. Виконання кросектомії при ГВТФ не запобігає можливості розвитку ВТЕУ.

### Література

1. Восходящий варикофлебит: классификация и лечение / F. Stollmann, B. Steckmeier, G. Parzhuber [et al.] // Флебологическая. – 2001. – Спец. выпуск. – С. 69–71.
2. Сучасна діагностика та хірургічне лікування поверхневого тромбофлебіту нижніх кінцівок / В. І. Русин, Ю. А. Левчак, В. В. Корсак, П. О. Болдіжар // 4 міжнародні піроговські читання, присвячені 200-річчю М. І. Пирогова : науковий конгрес. Матеріали 22 з'їзду хірургів України, 2–5 червня 2010 р. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 124.
3. Прасол В. А. Хирургическое лечение острого варикотромбофлебита у больных пожилого и старческого возраста / В. А. Прасол // Серце і судини. – 2010. – № 3. – С. 82–86.
4. Лечение острого варикотромбофлебита / П. И. Никольников, А. В. Ликсунов, В. Т. Ратушняк [и др.] // Клініч. хірургія. – 2005. – № 4/5. – С. 88.
5. Радикальное хирургическое лечение острого варикотромбофлебита / А. И. Кириченко, А. А. Матюшенко, В. В. Андрияшкин, Д. Л. Сон // Груд. и сердеч.-сосудистая хирургия. – 2003. – № 2. – С. 43–46.
6. Тяжкі форми хронічної венозної та лімфовенозної недостатності та тромботичні ускладнення / Л. М. Чернуха, А. О. Гуч, А. В. Левадний [та ін.] // Прак. медицина. – 2008. – № 5. – С. 259–261.
7. Ляшко В. В. Диагностика и лечение острого восходящего варикотромбофлебита нижних конечностей у пациентов пожилого и старческого возраста / В. В. Ляшко, К. А. Козлов, В. И. Ельсиновский // Успехи геронтологии. – 2009. – № 3. – С. 448–453.
8. Чадаев А. П. Лечение острого тромбофлебита большой подкожной вены у больных пожилого и старческого возраста / А. П. Чадаев // Рос. мед. журнал. – 2008. – № 3. – С. 10–14.
9. Саенко В. Ф. Диагностика и тактика лечения острого тромбофлебита / В. Ф. Саенко, Л. М. Чернуха, А. А. Гуч // Кровообіг та гемостаз – 2004. – № 2/3. – С. 118–121.
10. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study / H. Decousus, I. Qu r, E. Presles [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2010. – Vol. 152, № 4. – P. 218–224.

## ВИБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Мамчич В. И.<sup>1</sup>, Смовженко В. И.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗО Украины, г. Киев

<sup>2</sup> Киевская городская клиническая больница № 15

Острый варикотромбофлебит (ОВТФ) является причиной возникновения тромбоза глубоких вен (ТГВ) в 10–25% случаев. Частота тромбоемболии легочной артерии (ТЭЛА) при ОВТФ составляет от 3 до 12%

**Цель работы** – изучить особенности течения ОВТФ у людей пожилого и старческого возраста, которые влияют на выбор хирургической тактики, и объем оперативного вмешательства для улучшения результатов лечения, и уменьшения количества венозных тромбоемболических осложнений (ВТЭО).

**Материалы и методы.** Проведен анализ эффективности оперативного лечения у 240 пациентов пожилого и старческого возраста (средний возраст – 71,5 лет) по поводу ОВТФ, класс (С2-С6 по СЕАР), которые были оперированы в хирургическом отделении № 2 городской клинической больницы № 15 г. Киева в период с 2005 по 2010 гг. Диагностическо-лечебная тактика включала: проведение ультразвукового дуплексного ангиосканирование с цветным картированием кровотока (УЗДС) и выполнение оперативного вмешательства.

**Результаты и обсуждение.** По клиническим и сонографическим данным ВТЭО в основной и контрольной группах были выявлены соответственно в 2(4,16 %) и в 7(15,28 %) случаях. В контрольной группе в 1(2,17 %) случае был летальный исход в результате массивной ТЭЛА.

**Выводы.** Выполнение комбинированной флебэктомии у больных пожилого и старческого возраста при ОВТФ позволило уменьшить количество ВТЭО с 7,38% до 0,82% (P<0,05) в сравнении со случаями, когда была выполнена только кроссэктомия.

**Ключевые слова:** острый варикотромбофлебит, люди пожилого и старческого возраста.

## THE CHOICE OF THE SURGICAL TREATMENT AND THE AMOUNT OF IT DEPENDING ON THE BACKGROUND OF THE ACUTE VARICOTROMBOPHLEBITIS AMONG DECLINING AND AGED PEOPLE

*Mamchich V. I.<sup>1</sup>, Smovzhenko V. I.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> National medical academy of post-graduate education named P. L. Shupyk of Ministry of Health of Ukraine

<sup>2</sup> Kyiv Clinical Hospital № 15

The acute varicotrombophlebitis is the reason of thrombosis of the deep vein in 10–25% cases. The frequency of the trombophlebitis of the lung artery of the acute varicotrombophlebitis is from 3 to 12% .

**The aim** – to search the background of the acute varicotrombophlebitis among declining and aged people which can influence to the choice of the surgical treatment and the amount depending of it with the aim to improve the results and to decrease the amount of complications amount the acute varicotrombophlebitis in progress.

**Materials and methods.** The surgical treatment effectiveness was analyzed among 240 declining and aged patients (the middle age – 71,5 years) about the acute varicotrombophlebitis in progress (C2-C6 CEAP); they were operated in the second surgical department of Kyiv municipal clinical hospital № 15 during 2005–2010 years. Diagnostic-medical tactics involved: the implementation of ultrasonic duplex angioscanning with colored illustrations the blood circulation and the realization of the surgical interference depending on varicose overthrow localization.

**Results and discussions.** According to the clinical and sonography investigations VTE (trombophlebitis of the lung artery and thrombosis of the deep vein) took place in the main and the comparing groups – 2(4,16%) and 7(15,28%). In the comparing group there was 1(2,17%) case of the lethal outcome because of the mass TELA.

**Conclusions.** The implementation of the combined phlebectomy among declining and aged patients in case of the acute varicotrombophlebitis can decrease the complementations from 7,38% to 0,82% (P<0,05) in comparison to the only crossactomy having.

**Keywords:** acute varicotrombophlebitis, declining and aged people.