

## ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТ ВЕЛИКОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ

©В. І. Русин, В. В. Корсак, П. О. Болдіжар,  
С. С. Сірчак, О. С. Краснопольська

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**РЕЗЮМЕ.** Наведено оцінку віддалених результатів лікування із використанням шкал VCSS, VDS та VSDS американських флебологів 50 пацієнтів з гострим варикотромбофлебітом великої підшкірної вени, яким у терміновому порядку виконана радикальна флебектомія. Доведена висока ефективність термінового радикального хірургічного лікування із застосуванням малоінвазивних технологій і методів ендовідеохірургії у хворих на варикозне розширення вен нижніх кінцівок, які дозволяють домогтися добрих найближчих та віддалених результатів у даних пацієнтів.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** гострий варикотромбофлебіт, велика підшкірна вена, віддалені результати.

**Вступ.** Зростання кількості випадків тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) за останні роки є очевидним фактом [1]. З урахуванням загрози для життя продовжуються пошуки оптимальних методів діагностики, профілактики та лікування ТЕЛА та попри усі зусилля прижиттєва діагностика ТЕЛА сягає лише 30–40 %. Безсимптомний перебіг ТЕЛА спостерігається у 49 % випадків, коли вона є знахідкою патологоанатомів [2].

Клінічно і за секційними даними ТЕЛА при висхідному тромбозі великої підшкірної вени (ВПВ) виявляється у 13 % хворих [3].

Слід зазначити, що ТЕЛА може спостерігатися з одного боку при дуже обмежених тромбофлебітах, з іншого – при гострому варикотромбофлебіті (ГВТФ) без висхідного характеру. За результатами ультразвукового обстеження та ангіопульмонографії О. С. Ніконенко та співавт. (2010) відмічають, що тромбоз ВПВ був джерелом ТЕЛА у 10,7% хворих. У інших дослідженнях при синтиграфії легень відмітили ознаки ТЕЛА у хворих з ГВТФ у 33–49% пацієнтів [4,5,6].

Таким чином, інструментальна діагностика ТЕЛА доводить, що ця патологія виникає значно частіше, ніж визначається клінічно, а відтак ми не можемо оцінити масштаб реальної загрози ГВТФ.

Згідно з наведеними даними можна зробити висновок, що при ГВТФ ВПВ операція, яка виконана протягом першої доби, є основним моментом профілактики ТЕЛА.

Основними невирішеними питаннями залишаються підходи до хірургічного лікування – проводити лікування в один або два етапи, можливості використання ендоскопічної техніки та склеротерапії, способи обробки тромбованих неспроможних вен, а також уніфіковані кількісні методи оцінки віддалених результатів лікування.

Класифікація CEAP вже стала необхідним інструментом наукових досліджень, що дозволяє вченим говорити однією мовою і порівнювати

результати різних методів лікування. Відповідно до сучасних рекомендацій з оцінки стану хворих з хронічними захворюваннями вен нижніх кінцівок клінічна класифікація CEAP була доповнена рядом шкал, розроблених Американським форумом флебологів, що дає можливість з позицій доказової медицини дати об'єктивну оцінку отриманому результату лікування.

**Мета дослідження:** провести кількісну оцінку результатів радикального лікування ГВТФ ВПВ у віддаленому післяопераційному періоді.

**Матеріал і методи дослідження.** В хірургічній клініці ЗОКЛ ім. А. Новака проведено оцінку віддалених результатів лікування 50 пацієнтів з ГВТФ ВПВ, яким у терміновому порядку виконана радикальна флебектомія. Згідно з класифікацією CEAP, 13 хворих віднесено до С3 класу, 17 пацієнтів до С4 класу і 20 хворих до С5 класу.

20 хворим виконана кросектомія з коротким стріпінгом на стегні та дистальною катетерною склерооблітерацією за методикою Foam-Form. У 4 пацієнтів виконана пригирлова склерооблітерація тромбованих приток ВПВ з флебоцентезом, тромбектомією і катетерною склерооблітерацією. У 15 хворих виконана тотальна флебектомія, з ехоконтрольованою склерооблітерацією неспроможних вен групи Коккета у 5 з них. У 11 пацієнтів виконана кросектомія з коротким стріпінгом на стегні та катетерною склерооблітерацією на гомілці + SEPS.

У методологічному аспекті видалення ВПВ це предмет тактики, коли вже нема загрози тромбоемболічних ускладнень, виконана тромбектомія, а для запобігання поширенню тромбозу на стовбур ВПВ пригирлова склерооблітерація або видалення притоки, на глибокі вени – кросектомія та SEPS або міні-Лінтон.

Такий підхід і таке поєднання операцій вирішує стратегію лікування і ГВТФ і варикозної хвороби – ліквідує венозний рефлюкс та венозну гіпертензію. А саме флебектомія в ізольованому варіанті – це

не перший і не останній етап радикальної флебектомії.

Оцінку результатів хірургічного лікування проводили на підставі об'єктивних і суб'єктивних показників до операції, через 6 місяців, через рік і 3 роки. При цьому використовували клінічні шкали VCSS, VDS та VSDS американських флебологів.

За клінічною шкалою VCSS оцінюють вираженість 10 симптомів хронічних захворювань вен нижніх кінцівок. У нашому дослідженні не було пацієнтів із відкритими трофічними виразками. У зв'язку з цим аналізували 7 симптомів захворювання. Відсутність симптому позначали як 0 балів, максимальну вираженість – як 3 бали. Шкала зниження працездатності (VDS) дозволяє виділити 4 ступені втрати працездатності. Безсимптомний перебіг позначається як 0 ступінь, неможливість виконувати повсякденні обов'язки навіть при носінні еластичних панчо або бинтів – як 3 ступінь втрати працездатності. Шкала сегментарності (VSDS) враховує наявність рефлюксу і обструкції великих сегментів вен, де рефлюкс у підколінній та великогомілкових венах має рахунок 2,0, мала підшкірна вена 0,5, решта поверхневих вен включаючи (перфоранти) наскрізні вени 1,0.

Оцінка підколінної та задньогомілкової вен мають рахунок 2,0, решта вен, включаючи загальну стегнову та клубову по 1,0.

**Результати й обговорення.** Клінічна оцінка ефективності радикального хірургічного втручання за класифікацією CEAP у балах представлено у таблиці 1.

Якщо до операції венозний рефлюкс спостерігався в (2,35±0,51) сегментах, то після операції тільки в (0,28±0,31). Ці показники говорять, що термінова радикальна комбінована флебектомія у хворих на ГВТФ практично ліквідує основу захворювання, а саме – венозний рефлюкс. Не менш важливо, що вона запобігає як розвитку захворювання, так і його рецидиву на тривалий час, протягом усього періоду дослідження.

Якщо загальний клінічний рахунок до операції склав (11,1±2,24) бала, то після операції через 6 місяців він дорівнював (4,14±1,49), тобто за цей період часу симптоми варикозного розширення поверхневих вен нижніх кінцівок, ускладненого ГВТФ ВПВ, регресували у 3 рази. Фізична активність до операції склала (1,68±0,43), через 6 місяців – (0,92±0,18).

Таким чином, працездатність, а саме пов'язана з нею фізична активність, збільшилася практично у 2 рази. Оцінюючи тяжкість захворювання за трьома складовими і підсумовуючи їх ми отримали наступні результати: до операції – (15,13±2,585), через 6 місяців після неї – (5,39±1,60), через рік – (2,43±1,27), через 3 роки – (1,52±0,94) (рис. 1).

При контрольному дуплексному скануванні не виявлено жодного випадку тромбозу глибоких вен, були відсутні недостатні перфоранти. Відзначено адекватність обробки сафенофеморального співустя.

Таким чином, термінова радикальна флебектомія при ГВТФ у басейні ВПВ покращила стан хворих, знизивши тяжкість захворювання через 6 місяців в 2,8 рази, через рік в 6,2 рази, через 3 роки в 9 разів.

Одержані результати перевершують результати планової радикальної флебектомії, оскільки варикозна хвороба поверхневих вен нижніх кінцівок, ускладнена ГВТФ, має більш виражені клінічні прояви. При цьому враховувалися класи венозної патології за класифікацією CEAP.

Виявлено зменшення кількості хворих з 5 класом венозної патології в 5,4 рази, кількість хворих з 4 класом в 6,3 рази, хворих з 3 класом в 6,7 рази.

Аналіз результатів радикальної флебектомії при гострому варикотромбофлебіті у басейні ВПВ виявив позитивний вплив операції на симптоми та об'єктивні показники. Найбільш вираженим було зниження болю після операції, через 6 місяців вона зменшилася в 2 рази, через 3 роки – в 5 разів.

Таблиця 1. Кількісна оцінка ефективності радикального хірургічного втручання за класифікацією CEAP у балах (Venous Clinical Severe Score)

CEAP	До операції	Віддалений період		
		через 6 місяців	через 1 рік	через 3 роки
n=50; M±m; p*				
Анатомічний рахунок [A]	2,35±0,51	0,28±0,31 (p<0,001)	0,08±0,14*	0,06±0,10*
Загальний клінічний рахунок [C]	11,1±2,24	4,14±1,49 (p<0,001)	1,86±1,10*	1,2±0,84*
Рахунок фізичної активності [D]	1,68±0,43	0,92±0,18 (p<0,001)	0,48±0,49*	0,26±0,38*
Тяжкість захворювання [CAD score]	15,13±2,58	5,39±1,60 (p<0,001)	2,43±1,27*	1,52±0,94*

Примітка. \* – непараметричний критерій Вілкоксона для залежних вибірок.

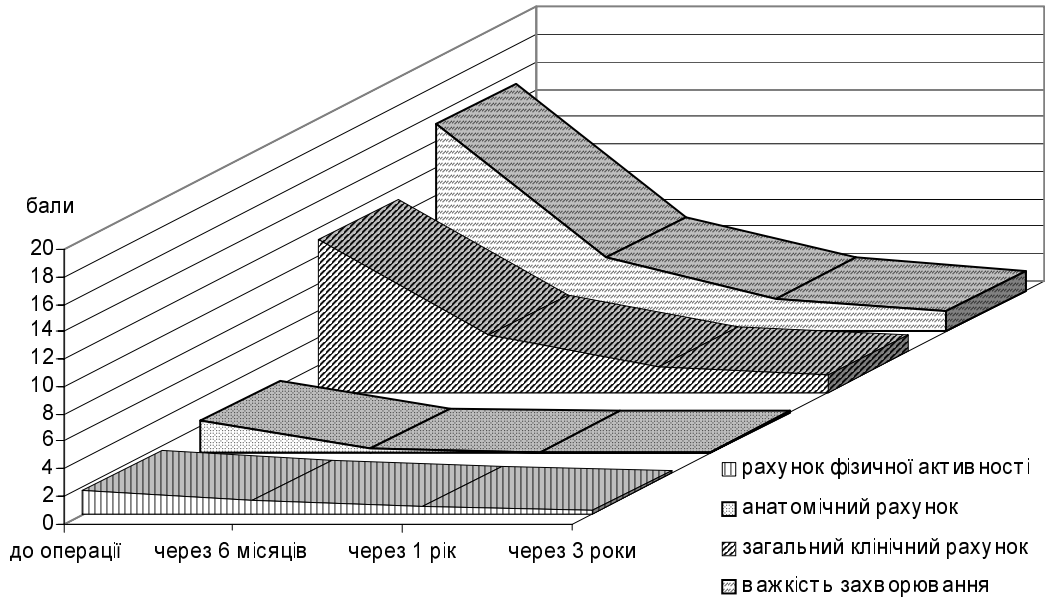


Рис. 1. Кількісна оцінка радикальної флектомії за класифікацією CEAP при ГВТФ у басейні ВПВ.

Спостерігається зменшення відчуття набрякlosti в ході дослідження уже через 6 місяців на 92,5 %.

Регрес пігментації шкіри відзначено практично у всіх пацієнтів. Кількісно пігментація до операції у хворих С4 класу оцінена в  $(1,28 \pm 0,82)$  бала, через 6 місяців в  $(0,78 \pm 0,56)$  бала, через рік –  $(0,62 \pm 0,54)$  бала, через 3 – в  $(0,58 \pm 0,52)$  бала.

Таким чином, один із важливих показників варикозної хвороби, що підтверджує адекватність виконаної операції та впливає на косметичність, зменшився протягом року на 51,6 %. Говорячи про запалення у хворих на варикозну хворобу вен нижніх кінцівок, ускладнену ГВТФ великої підшкірної вени, можна стверджувати, що у пацієнтів з максимальною кількістю балів ця ознака була повністю усунута через 6 місяців. Одним із важливих симптомів варикозної хвороби вен нижніх кінцівок є індурація, що вимагає додаткового етапу у комбінованій флектомії. Слід зауважити, що при вираженому паравазальному інфільтраті були складності у визначенні локальної (<5 см) індурації.

При цьому вираженість її до операції оцінена в  $(1,42 \pm 0,48)$  бала, через 6 місяців –  $(0,66 \pm 0,46)$

бала, через рік –  $(0,46 \pm 0,49)$ , через 3 роки  $(0,42 \pm 0,48)$  бала.

Компресійна терапія до операції була потрібна всім хворим з ГВТФ великої підшкірної вени цілодобово. Ми дотримувалися положення, що компресійна терапія необхідна хворим з ГВТФ ВПВ до операції і у ранньому післяопераційному періоді цілодобово, тобто група мала максимальну кількість балів – 4. Після радикальної флектомії необхідність у ній становила через 6 місяців  $(0,96 \pm 0,15)$ , через рік  $(0,26 \pm 0,38)$  через 3 роки –  $(0,14 \pm 0,03)$  бала.

Працездатність хворих на ГВТФ за шкалою VDS була порушена у 92 % пацієнтів (табл. 2). Через 6 місяців після термінової радикальної флектомії 88 % пацієнтів були працездатними.

Одержані кількісні результати переконливо демонструють високу ефективність і доцільність застосування термінового радикального хірургічного лікування із застосуванням малоінвазійних технологій і методів ендовідеохірургії у хворих на варикозне розширення вен нижніх кінцівок, ускладнене ГВТФ у басейні ВПВ, які дозволяють

Таблиця 2. Шкала зниження працездатності (VDS) у хворих на ГВТФ ВПВ

Шкала працездатності		До операції	Через 6 місяців	Через 1 рік	Через 3 роки
		Кількість пацієнтів (n=50)			
0	Безсимптомний перебіг	0	5 (10%)	28 (56%)	38 (76%)
1	Наявність симптомів, які не обмежують повсякденну активність	4 (8%)	43 (86%)	22 (44%)	12 (24%)
2	Працездатність протягом 8 годин за умови застосування підтримувальних засобів	13 (26%)	2 (4%)	0	0
3	Пацієнт непрацездатний	33 (66%)	0	0	0
Усього		50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)	50 (100%)

домогтися добрих найближчих та віддалених результатів у більшості пацієнтів.

**Висновки.** 1. Кількісна оцінка ефективності радикального хірургічного втручання ГВТФ у басейні ВПВ у балах (VCSS) показала, що венозний рефлюкс до операції спостерігався у  $(2,35 \pm 0,51)$  сегмента, а після операції тільки у  $(0,28 \pm 0,313)$ .

2. Термінова радикальна флебектомія при ГВТФ у басейні ВПВ покращила стан хворих – знизилася тяжкість захворювання через 6 місяців у 2,8 раза, через рік – у 6,2 раза, а через 3 роки – у 9 разів.

3. Про зниження тяжкості венозної дисфункції при радикальному лікуванні ГВТФ у системі ВПВ свідчить зменшення кількості хворих з С5 класом у 5,4 раза, з С4 класом – у 6,3 раза, а хворих з С3 – у 6,7 раза. Працездатність хворих через 6 місяців після термінової радикальної флебектомії складала 88 %, через рік – 100 %.

**Перспективи подальших досліджень.** Удосконалення методів діагностики і лікування гострого варикотромбофлебіту великої підшкірної вени та дослідження ефективності їх використання в клінічній практиці.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Frullini A. Treatment of chronic venous insufficiency with foam sclerotherapy. Venous ulcer. Edited by Bergan J.J., Shortell C.K. Elsevier. – 2007. – P. 185-197.

2. Гузд І. М. Стратегія лікування гострого тромбофлебіту нижніх кінцівок / І. М. Гузд // Клінічна флебологія. – 2009. – № 1. – С. 150–151.

3. Marchiori A. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and treatment / A. Marchiori, L. Mosena, P. Prandoni // Semin. Thromb. hemost. – 2006. – Vol. 32. – P. 737–743.

4. Бокерія Л. А. Современные тенденции диагностики и лечения варикотромбофлебита: обзор литературы / Л. А. Бокерія, С. И. Прядко, А. В. Сергеев // Бюллетень научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. – 2008. – Т. 9. – № 6. – С. 64–69.

5. Кириенко А. И. Профилактика венозных тромбозов и легочных эмболий в хирургической практике / А. И. Кириенко // Клинич. фармакол. и тер. – 2005. – Т. 14, № 4. – С. 26–30.

6. Persistent reflux below the knee after stripping of the great saphenous vein / van. P. Neer, F. G. Kessels, J. Rene [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2009. – Vol. 50. – P. 831-834.

## LONG-TERM TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE VARICOTROPHLEBITIS OF THE SAPHENA MAGNA

©V. I. Rusyn, V. V. Korsak, P. O. Boldizhar, S. S. Sirchak, O. S. Krasnopolka

*SHEI «Uzhhorod National University»*

**SUMMARY.** The estimation of long-term results of treatment using a scale VCSS, VDS and VSDS of American flebologes at 50 patients with acute varikotromboflebit of saphena magna, which urgently implemented radical flebektomii are presented. High efficiency urgent radical surgical treatment with miniinvaziv technologies and methods of endovideosurgery in patients with varicose veins of the lower extremities, which can achieve good immediate and long-term results in these patients was proven.

**KEY WORDS:** acute varikotromboflebit, saphena magna, long-term results.

Отримано 10.03.2014