

УДК: 616.147.3–007.64–002–036.11–073.48

Матвійчук Б.О., Федчишин Н.Р., Голик Ю.Й., Бохонко Р.Л., Федонюк В.В.

Відповідність клінічної та ультрасонографічної картини гострого варикотромбофлебіту нижніх кінцівокЛьвівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна
fednaz@ukr.net

Резюме. Вивчення гострого варикотромбофлебіту нижніх кінцівок обумовлена його мультидисциплінарною проблемою. Дослідження проведене з метою контролю границі тромбозу візуальним даним з результатами компресійного ультразвукового ангіосканування при якому границя тромбу може визначатися на 10-20 см проксимальніше. **Мета дослідження.** Вивчити частоту, характер та відповідність клінічної та ультразвукової картини перебігу гострого варикотромбофлебіту та особливості його лікування. **Матеріали і методи дослідження.** Проспективним дослідженням 138 пацієнтів з гострим варикотромбофлебітом, обстежених у клініці хірургії та ендоскопії ФПДО Львівського національного медичного університету за період 2011-2015 рр. Виконано наступні операційні втручання: кросектомію з емболектомією із загальної стегнової вени – у 2,9% випадках, кросектомію з резекцією підшкірної вени – у 5,8%, кросектомію з коротким стріпінгом на стегні – у 10,1%, кросектомію з стріпінгом на стегні та гомілці – у 81,2% пацієнтів. Переважну більшість (84,1%) прооперовано за допомогою спінальної (епідуральної) анестезії, інші – у зв'язку з тяжкою супутньою патологією – під місцевою анестезією. **Результати дослідження.** За ходом наукової роботи оцінено діагностичну точність клінічних даних границі тромбозу ВПВ та порівняно їх з показниками компресійної ультрасонографії та даними операційного втручання як кінцевої точки дослідження. Нами виявлено значущі розбіжності інтраопераційної локації проксимальної границі тромбозу та даними ультрасонографії із клінічними проявами тромбофлебіту. **Висновки:** 1. Метод ультразвукової діагностики є неінвазивним, економічним та точним у визначенні проксимальної границі тромбозу при тромбофлебіті, результати якого корелюють з інтраопераційними даними. 2. Клінічні прояви тромбофлебіту часто не відповідають реальному поширенню тромбозу і не можуть бути визначальними у лікувальній тактиці. 3. Гострий варикотромбофлебіт нижніх кінцівок, окрім хірургічного стаціонару, найбільше діагностують у терапевтичних, травматологічних та неврологічних відділеннях.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт, ультразвукове ангіосканування, дистальна границя тромбу, ургентне операційне втручання.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Необхідність вивчення гострого варикотромбофлебіту нижніх кінцівок (ГВТНК) та опрацювання раціональних методів діагностики і лікування цього захворювання обумовлена його мультидисциплінарною проблемою. Небезпека висхідного характеру ГВТНК пов'язана не тільки з його можливим трансфасціальним поширенням в систему глибоких вен, але й випадками тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).

Незважаючи на те, що клінічна картина тромбофлебіту є типовою, драматизму додає факт невідповідності границі тромбозу візуальним даним (гіперемія, біль, щільний конгломерат в проекції великої підшкірної вени) з результатами компресійного ультразвукового ангіосканування (УЗАС) при якому границя тромбу може визначатися на 10-20 см проксимальніше. Окрім цього, необхідно врахувати швидкість висхідного поширення тромбозу, який залежить від багатьох факторів (діаметр ділятової вени, активність пацієнта, компресійний трикотаж) та може сягати 20-35 см в добу [1,2].

Мета дослідження. Вивчити частоту, характер та відповідність клінічної та ультразвукової картини перебігу ГВТНК та особливості його лікування.

Матеріал і методи дослідження

Проспективним дослідженням охоплено 2879 пацієнтів з патологією підшкірних вен нижніх кінцівок комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова. Деталь-

ному аналізу піддано 138 пацієнтів з ГВТНК, обстежених у клініці хірургії та ендоскопії ФПДО Львівського національного медичного університету за період 2011-2015 рр.

Ускладнення у вигляді ГВТНК діагностовано у 44 (31,9%) пацієнтів хірургічного стаціонару, терапевтичного – у 21 (15,2%), травматологічного – у 17 (12,3%), неврологічного – у 15 (10,9%), нейрохірургічного – у 12 (8,7%), урологічного – у 9 (6,5%), кардіологічного – у 8 (5,8%), інфарктного – у 7 (5,1%), відділення інтенсивної терапії та анестезіології – у 4 (2,9%), офтальмологічного – у 1 (0,7%). Первинно прооперовано 78 (56,5%) хворих з приводу хірургічної, гінекологічної, травматологічної та нейрохірургічної патології, з яких 43,5% у невідкладному порядку.

У переважній кількості пацієнтів – 81 (58,7%) – відмічено варикозну деформацію С2s, у 35 (25,4%) – С3s, варикотромбофлебіт з трофічними змінами шкіри (С4s-С6s) на гомілці у 22 (15,9%). Білатеральних тромбозів великої підшкірної вени (ВПВ) виявлено не було.

Слід відмітити, що у дослідження включено пацієнтів з магістральним типом тромбозу головного стовбура ВПВ, оскільки вважаємо, що при локальному тромбозі гілок ВПВ або стовбура малої підшкірної вени ризик ТЕЛА не високий.

Критеріями виключення з дослідження була відмова пацієнта від операційного втручання, хронічний перебіг тромбозу ВПВ та тромбофлебіт вени без варикозної дилатації та поширення тромбозу не вище ніж за 3 см до СФГ. Останній варіант, зважаючи на вітчизняні міждисциплінарні клінічні рекомендації 2011 року [2] та при відсутності загрози трансфасціального поширення не кваліфікували до операційного втручання, оскільки розглядаємо зазначені випадки як можливі тромбофілічні стани або прояви злякано-паранеопластичного процесу (симптом Trousseau).

Виконано наступні операційні втручання: кросектомію з емболектомією із загальної стегнової вени – у 4 (2,9%) випадках, кросектомію з резекцією ВПВ – у 8 (5,8%), кросектомію з коротким стріпінгом на стегні – у 14 (10,1%), кросектомію з стріпінгом на стегні та гомілці – у 112 (81,2%) пацієнтів. Переважну більшість (84,1%) прооперовано за допомогою спінальної (епідуральної) анестезії, інші – у зв'язку з тяжкою супутньою патологією – під місцевою анестезією.

Емболектомію з стегнової вени проводили механічним методом, як правило, з кукси ВПВ атрауматичними затискачами та зондом Fogarty, стріпінг нетромбованої вени – за допомогою зонда Babcock, тромбовану – видаляли операцією по типу Нарата.

Обстеження проводили білатерально поліпозиційно на ультразвукових апаратах "Ultima Pa" (Україна) та "Siemens Acuson Cupress" (Німеччина) з лінійними та конвекційними датчиками 5-10 МГц.

Для визначення кореляції клінічних та ультрасонографічних даних проксимальної границі тромбозу ВПВ, застосовано пакет комп'ютерних програм STATISTICA® 6.0 (StatSoft, Inc, 2011) та Excel® (Microsoft® Office, 2012). Діагностична ефективність (ДЕ) методу або точність виражена відсотковим відношенням істинних результатів тесту до загального числа отриманих результатів, та визначена за формулою [3]:

$$DE = \frac{II + IH}{II + IH + III + IIV} \times 100\%$$

де, ДЕ – діагностична ефективність (точність), ІІ – істинно позитивні результати, ІН – істинно негативні результати, ІІІ – помилково позитивні результати, ІІІІ – помилково негативні результати.

Результати дослідження та їх обговорення

Після верифікації тромбозу головного стовбура ВПВ усіх пацієнтів прооперовано. У 64,5% випадків втручання виконано за невідкладними показами у зв'язку з проксимальним поширенням тромбозу. Такими вважали пацієнтів, у яких, за даними УЗАС, границю тромбу діагностовано за 3 см і менше від сафено-фemorального гирла (СФГ), власне тромбоз гирла або трансфасціальний перехід у загальну стег-

Таблиця 1. Проксимальна границя тромбозу ВПВ, візуалізована різними методами

Локалізація тромбозу	Проксимальна границя тромбозу					
	Клінічна		Ультрасонографічна		Інтраопераційна	
	Аб. чис	ДЕ, %	Аб. чис	ДЕ, %	Аб. чис	ДЕ, %
Загальна стегнова вена	0	0	4	100	4	100
Термінальний клапан СФГ	16	48,5	31	94	33	100
Верхня третина стегна (≤ 3 см до СФГ)	35	61,4	55	96	57	100
Середня третина стегна	66	93	69	97	71	100
Проекція підколінної складки	112	97,4	114	99	115	100
Середня третина гомілки	138	100	138	100	138	100

нову вену.

При варикотромбофлебіті на гомілці рекомендували консервативне лікування (гепаринотерапія, протизапальні та веноактивні лікарські середники) з обов'язковим використанням компресійного еластичного трикотажу. Ультразвуковий моніторинг проводили через день з метою візуалізації проксимального поширення тромбозу. Радикальну венектомію проводили в плановому порядку після регресу ознак запалення, але не пізніше 5-7 днів.

Фатальної ТЕЛА в інтра- та післяопераційному періоді не було, діагностику можливої емболії дрібних гілок не проводили, оскільки рутинне застосування контрастної мультidetекторної комп'ютерної томографії легеневого дерева в умовах стаціонару не доступне.

За ходом наукової роботи оцінено діагностичну точність клінічних даних границі тромбозу ВПВ та порівняно їх з показниками компресійної ультрасонографії та даними операційного втручання як кінцевої точки дослідження. Відмітимо, що ми не згодні з позицією окремих авторів [4], котрі висловлюють переконання, що клінічний перебіг тромбозу співставний з даними УЗАС, і рішення щодо операційного втручання може бути прийняте виключно на основі огляду.

Нами виявлено значущі розбіжності інтраопераційної локації проксимальної границі тромбозу ВПВ та даними УЗАС із клінічними проявами ГВТНК (табл. 1).

Аналізуючи результати, відмічено розбіжності клінічної оцінки границі ГВТНК із показниками ультрасонографії, яка, враховуючи дані операційного втручання, є високоінформативним та точним методом діагностики патології вен нижніх кінцівок. Звернено увагу на збільшення помилково негативних результатів границі тромбозу у проксимальному напрямі, а при трансфасціальному поширенні тромбу на систему глибоких вен діагностична ефективність клінічного

огляду наближається до нуля. Для наглядності отримані результати відображені у діаграмі 1.

Висновки

1. Метод УЗАС є неінвазивним, економічним та точним у визначенні проксимальної границі тромбозу при ГВТНК, результати якого корелюють з інтраопераційними даними.

2. Клінічні прояви тромбофлебіту ВПВ часто не відповідають реальному поширенню тромбозу і не можуть бути визначальними у лікувальній тактиці у хворих з ГВТНК.

3. Гострий варикотромбофлебіт нижніх кінцівок, окрім хірургічного стаціонару, найбільше діагностують у терапевтичних, травматологічних та неврологічних відділеннях.

Література

1. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика: Міждисциплінарні клінічні рекомендації.— К., 2011.— 63 с.
2. Чернуха Л.М. Тромбоз глибоких вен. От патогенеза к лечению / Л.М. Чернуха, А.А.Гуч, П.И.Никульников [та ін.] // Клінічна флебологія. – 2011. – Т.4, №1. – С.113-116.
3. Доценко В.І. Медична інформатика: Навчальний посібник / В.І.Доценко, О.В.Сілкова – Полтава. – 2005. –164 с.
4. Калинин Р.Е. Эмболоопасность острого восходящего тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей / Р.Е. Калинин, М.В. Нарижный, И.А. Сучков //Российский медицинский биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2011. – №2. – С. 32-37

Матвійчук Б.О., Федчишин Н.Р., Гольк Ю.Й., Боханко Р.Л., Федонюк В.В.

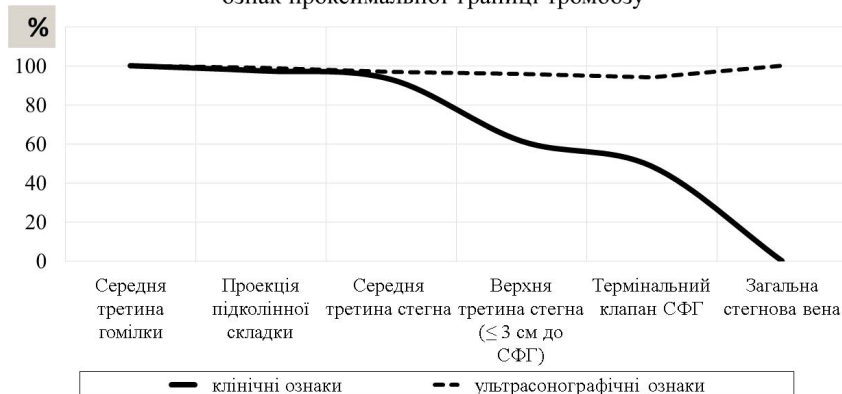
Соответствие клинической и ультрасонографической картины острого варикотромбофлебита нижних конечностей

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина
fednaz@ukr.net

Резюме. Изучение острого варикотромбофлебита нижних конечностей обусловлено его мультидисциплинарной проблемой. Исследование проведено с целью контроля границы тромбоза визуальным данным результатам компрессионного ультразвукового ангиосканирования при котором граница тромба может определяться на 10-20 см проксимальнее. **Цель исследования.** Изучить частоту, характер и соответствие клинической и ультразвуковой картины течения острого варикотромбофлебита и особенности его лечения. **Материалы и методы исследования.** Проспективное исследование 138 пациентов с острым варикотромбофлебитом, обследованных в клинике хирургии и эндоскопии ФПДО Львовского национального медицинского университета за период 2011-2015 гг. Проведены следующие операционные вмешательства: кроссектомия, эмболэктомия из общей бедренной вены - у 2,9% случаев, кроссектомия с резекцией подкожной вены - у 5,8%, кроссектомия с коротким стрипингом на бедре - у 10,1%, кроссектомия с стрипингом на бедре и голени - в 81,2% пациентов. Подавляющее большинство (84,1%) прооперированы с помощью спинальной (эпидуральной) анестезии, другие – в связи с тяжелой

сопутствующей патологией – под местной анестезией. **Результаты исследования.** За ходом научной работы оценены диагностическую точность клинических данных границы тромбоза и сравнено их с показателями компрессионной ультрасонографии и данными операционного вмешательства как конечной точки исследования. Нами обнаружено значимые различия интраоперационной локации проксимальной границы тромбоза и данными ультразвуковой с клиническими проявлениями тромбофлебита. **Выводы:** 1. Метод ультразвуковой диагностики является неинвазивным, экономическим и точным в определении проксимальной границы тромбоза при тромбофлебите, результаты которого коррелируют с интраоперационными данными. 2. Клинические проявления тромбофлебита часто не соответствуют реальной распространения тромбоза и не могут быть определяющими в лечебной

Діагностична ефективність клінічних та ультрасонографічних ознак проксимальної границі тромбозу



Діаграма 1

тактике. 3. Острый варикотромбофлебита нижних конечностей, кроме хирургического стационара, всего диагностируют в терапевтических, травматологических и неврологических отделениях.

Ключевые слова: острый варикотромбофлебит, ультразвуковое ангиосканирование, дистальная граница тромба, urgentное операционное вмешательство.

B.O. Matviychuk, N.R. Fedchyshyn, Yu.Yo. Holyk, R.L. Bokhonko, V.V. Fedonyuk

Compliance of Clinical and Ultrasound Pictures of Acute Lower Limb Varicthrombophlebitis

Lviv Danylo Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine

Abstract. Research of acute lower limb varicthrombophlebitis is topical as it is a multidisciplinary problem. The research was performed to visually control the thrombus' border by compression ultrasound angiostanning, which can determine the thrombus' border 10-20 cm proximally.

The objective of the research was to study the incidence, nature and adequacy of clinical and ultrasound pictures of acute varicthrombophlebitis course and peculiarities of its treatment.

Materials and methods. The prospective research involved 138 patients with acute varicthrombophlebitis and was performed in the Clinic of Surgery and Endoscopy of Postgraduate Education Faculty at Lviv Danylo Halytsky National Medical University during 2011-

2015. The following operations were performed: crossectomy with embolectomy of common femoral vein (2.9%), crossectomy with resection of subcutaneous vein (5.8%), crossectomy with short stripping on the thigh (10.1%), crossectomy with short stripping on the thigh and lower leg (81.2%). The majority of patients (84.1%) underwent epidural anesthesia, others underwent local anesthesia due to severe concomitant diseases. **Results of the research.** The research evaluated the diagnostic accuracy of clinical data concerning thrombosis of greater saphenic vein compared with data of compression ultrasonography and surgical intervention as the end point of the research. Significant differences between intraoperative location of proximal thrombus' border, ultrasonic and clinical data were observed. **Conclusions:** 1. Ultrasonic diagnosis is a non-invasive, economical and accurate method to determine the borders of proximal thrombosis in case of thrombophlebitis. Its results correlate with intraoperative data. 2. Clinical manifestations of thrombophlebitis often do not correspond to the real thrombosis incidence and may not be decisive in medical tactics. 3. Acute lower limb varicthrombophlebitis is frequently diagnosed in surgical, therapeutic, neurological and trauma departments.

Keywords: acute varicthrombophlebitis, ultrasound angiostanning, distal thrombus' border, emergency surgery.

Надійшла 16.05.2016 року.

УДК 616-009.11:616-005.4

Насонова Т.І.

Цереброваскулярні порушення при метаболічному синдромі: клініко-нейровізуалізаційне спостереження

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ, Україна

Резюме. Мета. За даними власного клінічного спостереження виявити вплив метаболічного синдрому (МС) на розвиток і перебіг цереброваскулярного захворювання (ЦВЗ). Визначити клініко-нейрологічні, нейровізуалізаційні зміни та відхилення показників лабораторного дослідження крові, що виникають при МС. **Клінічний випадок.** Наведено власне 4-х річне клінічне спостереження пацієнтки з ЦВЗ на фоні метаболічного синдрому. Показано, що хронічна форма ЦВЗ проявлялась когнітивно-емоційними розладами, які підтверджувались зміною показників нейроволометричного дослідження. Атерогенний ефект МС проявлявся в швидкому прогресуванні ЦВЗ, яке завершилось його гострою формою. **Висновки:** При лікуванні пацієнтів з МС слід враховувати порушення цереброваскулярної системи та пов'язані з ними когнітивно-емоційними розладами.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. В рекомендаціях 2006 року по первинній профілактиці ішемічного інсульту Американською Асоціацією Серця і Американською Асоціацією Інсульту (AHA і ASA) МС був визначений, як потенційно модифікований фактор ризику ішемічного інсульту, що найрідше реєструється в медичній документації [1, 2]. МС представляє собою комплекс взаємопов'язаних факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань і цукрового діабету. Ці фактори включають дисглікемію, підвищений артеріальний тиск, підвищений рівень тригліцеридів, низький рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності і ожиріння (особливо центральне). За визначенням ВООЗ (2004), МС – патогенетично взаємопов'язана сукупність факторів ризику серцево-судинних захворювань, в основі яких лежить вроджена або набута інсулінорезистентність (ІР) та системна гіперінсулінемія (ГІ). В декількох великих дослідженнях, як наприклад, National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I, II і III) та San Antonio Heart Study [3, 4, 5, 6], показано, що кількість пацієн-

тів з МС в економічно розвинених країнах характеризується стійкою тенденцією до збільшення, яке досягає 43,5% у віці 60 років та старше. Більш того, австралійські вчені Zimmet P. et al., відмічають, що вже зараз кількість людей, які страждають МС, в два рази більше, ніж хворих на цукровий діабет і прогнозують збільшення його розповсюдження в найближчі 25 років на 50%.

Розповсюдженість МС серед дорослого населення в США за критеріями Комітету експертів Національної освітньої програми США по холестерину (Adult Treatment Panel III, АТР III) 2001р. [7] складала 23,7% (24% - серед чоловіків та 23,4% - серед жінок). При цьому в вікових групах від 20 до 49 років МС частіше спостерігався у чоловіків, в групах 50-69 років розповсюдженість МС практично однакова у чоловіків і жінок, в той час, як у людей, старших 70 років, МС частіше зустрічався у жінок. Вважають, що велика в порівнянні з чоловіками частота МС у жінок в старших вікових групах обумовлена менопаузою [6]. Розповсюдженість МС зростає приблизно на 60% у людей з ожирінням. За прогнозом в найближчі 20 років очікується зростання МС на 50% [8].

У вітчизняній та іноземній літературі існують дані про вплив МС на перебіг мозкового інсульту. Показано, що ішемічний інсульт протікає у цих пацієнтів важче та з гіршим відновленням порушених функцій.

Залишаються відкритими питання про вплив МС на розвиток хронічних форм цереброваскулярних порушень, а також когнітивних розладів, структурних змін головного мозку, що виникають при гострих та хронічних формах ЦВЗ на фоні МС.

Мета. За ланими власного клінічного спостереження виявити вплив МС на розвиток і перебіг ЦВЗ. Визначити клініко-нейрологічні, нейровізуалізаційні зміни та відхи-