

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ТРОМБОФЛЕБІТІ

*В.І.Сливка, М.В.Сироїд, Р.В.Гурський,  
І.М.Войтановський, В.Б.Зінченко,  
В.Є.Малицький, Р.В.Сливка*

**Військово-медичний клінічний центр Західного регіону  
Львів, Україна**

### *Вступ*

Тромбофлебіт підшкірних вен (ТПВ) вважають захворюванням, яке протікає доброякісно і рідко супроводжується ускладненнями. ТПВ діагностують від 12% до 69% хворих з варикозною хворобою нижніх кінцівок. Це обумовлено високою розповсюдженістю варикозної хвороби і посттромбофлебітичного ураження вен нижніх кінцівок. Від того, наскільки своєчасно і правильно встановлений діагноз і призначено лікування, суттєво залежить доля хворого. Часто тромботичний процес в підшкірних венах може супроводжуватися ураженням глибоких вен. Це можливо при розповсюдженні гострого висхідного тромбофлебіту на стегнову або підколінну вени через сафенофеморальне, сафенопоплітеальне гирло або перфорантні вени. Тромбоз глибоких вен (ТГВ) може виникати одночасно із ТПВ у 10% пацієнтів і призвести до фатальної тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).

Метою дослідження було опрацювати діагностичний алгоритм і тактику хірургічного лікування гострого тромбофлебіту підшкірних вен.

### *Матеріали та методи дослідження*

Протягом 2000-20012 рр. у відділенні судинної хірургії знаходилися на лікуванні 3195 хворих з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок. Оперовані 3038 (95,1%). Тромбофлебіт підшкірних вен діагностовано у 464 хворих. Вік хворих становив від 20 до 72 (у середньому 46) років. Жінок було 352 (76%), чоловіків — 112 (24%) особи.

Пацієнтам з варикотромбофлебітом виконано ультразвукове дуплексне сканування з кольоровим картуванням кровоплину, із них 31 хворому — обох нижніх кінцівок. У 268 (57,7%) хворих тромботичний процес у великій підшкірній вені (ВПВ) локалізувався на гомілці, у 127 (27,3%) розповсюджувався до середньої та верхньої третини стегна, у 43 (9,3%) — у сафенофеморальному гирлі, у 12 (2,5%) хворих — у сафенопоплітеальному гирлі, у 14 (3,2%) — на загальну стегнову вену. У 132 (28,4%) хворих діагностовано неспроможність остіального клапана ВПВ на контрлатеральній нижній кінцівці.

Пацієнти були розподілені на дві групи: 1 група — 21 особа з тяжкою супутньою патологією (ASA IV-V); 2 група — 443 особи без тяжкої супутньої патології (ASA I-III).

### ***Результати дослідження та їх обговорення***

У 1 групі з тромбофлебітом підшкірних вен виконано наступні операції: 21 (4,5%) хворим виконана перев'язка ВПВ, із них у 10 (47,6%) — з обох сторін. Середній термін лікування в стаціонарі становив 4 доби. У даній групі одна хвора померла від масивної ТЕЛА на третій день після операції, джерелом якої був флеботромбоз у системі нижньої порожнистої вени. У 2 групі виконано наступні операції: 443 (95,5%) пацієнтам виконана флектомія підшкірних вен, із них 43 (9,7%) виконана тромбектомія із сафенофеморального гирла, 12 (2,7%) із сафенопоплітеального гирла, 5 (1%) хворим виконана тромбектомія із загальної стегнової вени. 57 (12,3%) хворим при наявності варикозно розширених підшкірних вен на контрлатеральній кінцівці одномоментно виконана кросектомія. Ускладнень після операцій не було. Середній термін лікування в стаціонарі склав 3 доби.

Усі хворі отримували венотоніки («Нормовен», «Флебодія»), протизапальну та дезагрегантну терапію. Препарати групи антикоагулянтів ми не використовуємо. Обов'язкова компресійна терапія та рання активізація (через 2-3 год. після оперативного втручання).

### ***Висновки***

1. Усім хворим з гострим тромбофлебітом підшкірних вен показано ультразвукове дуплексне сканування з кольоровим картуванням кровоплину обох нижніх кінцівок для виявлення супутнього тромбозу глибоких вен.

2. Хворим з гострим тромбофлебітом підшкірних вен без тяжкої супутньої патології (ASA I-III) показано радикальне оперативне лі-

кування: флєбектомія та перев'язка великої підшкірної вени на контралатеральній стороні при її ураженні.

3. Пацієнтам з гострим тромбофлебітом підшкірних вен з тяжкою супутньою патологією (ASA IV-V) показано проведення паліативних операцій (кросектомія) з метою попередження переходу тромбозу на глибокі вени та розвитку тромбоемболії легеневої артерії.

### *Література*

1. Баешко А.А., Сысов А.В., Рогов Ю.И. и др. Этиология и распространенность нарушений проходимости подвздошных вен // *Ann. Chir.* — 1998. — №1. — С. 63-66.
2. Макаров О.В., Озолиня Л.А. Венозные тромбозы в акушерстве и гинекологии. — М. — 261 с.
3. Намашко М.В. Лечение острого тромбофлебита варикозно-расширенных подкожных вен нижних конечностей // *Хирургия.* — 1998. — №8. — С. 34-35.
4. Севельев В.С, Голигорский А.В., Кириенко А.И и др. Флебология: руководство для врачей. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
5. Савельев В.С, Душе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен. — М., 1972. — 440 с.
6. Тураев П.И., Бобров О.Е., Семенюк Ю.С., Мендель Н.А., Музь Н.И. Венозный тромбоз нижних конечностей и тромбоемболия легочной артерии. — К.: Феникс, 2002. — 118 с.
7. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен. — К.: Здоров'я, 1984. — 256 с.
8. Bergqvist D. Optimal management of deep vein thrombosis // In: *Vascular surgery highlights. 1999-2000 / Ed. by A.H.Davies.* — Oxford, 2000. — P. 39-46.
9. Bilancini S., Lucchi M. Are superficial venous thromboses polymorphous? // *Phlebologie.* — Vol. 52. — P. 41-43.
10. Bounameaux H. Hemostatic predictors of deep vein thrombosis // *Vasomed.* — 1999. — Suppl. 1. — P. 18.
11. Endrys J., Eklof B., Neglen P. et al. Percutaneous ballon occlusion of surgical arteriovenous fistula following venous thrombectomy // *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* — 1989. — Vol. 12, №4. — P. 226-229.
12. Haas S. Management of venous thromboembolism // *Hamostaseologie.* — 1998. — Vol. 18. — P. 18-26.
13. Kisiner R.L., Hall M., Nordyke H. Incidence of pulmonary embolism in the course of thrombophlebitis of the lower extremities // *Amer. Surg.* — 1972. — Vol. 124, №2. — P. 169-176.
14. Miron M.J., Perrier A., Bounameaux H. et al. Contribution of noninvasive evaluation to the diagnosis of pulmonary embolism in hospitalized patients // *Europ. Respir. J.* — 1999. — Vol. 13. — P. 1365-1370.
15. Partsch H., Kechavarz B., Kohn H., Mostbeck A. The effect of mobilization of patients during treatment of thromboembolic disorder with low-molecular-weight heparin // *Int. Angiol.* — 1997. — Vol. 16. — P. 181-192.