



В. О. Прасол,
К. В. М'ясоєдов,
І. В. Гуйван

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», м. Харків

© Колектив авторів

ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОТЕРМІЧНОЇ ОБРОБКИ ГИРЛА ВЕЛИКОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ У ХВОРИХ ІЗ ТРОМБОЗОМ ПОВЕРХНЕВИХ ВЕН

Резюме. Одним з найпоширеніших ускладнень варикозної хвороби нижніх кінцівок є варикотромбофлебіт, який виникає у 30–59 % випадків та представляє собою ембологенну небезпеку.

Мета дослідження — оцінка ефективності використання методу ендотермічної обробки гирла великої підшкірної вени у хворих у гострому періоді варикотромбофлебіту.

Матеріали і методи досліджень. Проаналізовано дані 58 пацієнтів, які проходили лікування з приводу гострого варикотромбофлебіту у ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ» міста Харкова у 2018–2020 р.

Результати досліджень. При ультразвуковому контролі в основній групі на 1-у післяопераційну добу у 100 % випадків облітерація проксимального сегмента великої підшкірної вени із сафенофеморальним гирлом. Через 1 міс. на УЗД у групі порівняння повна реканалізація стовбуру ВПВ, а у групі порівняння облітерація проксимального сегменту ВПВ в п/3 стегна, дистальніше відзначалася реканалізація ВПВ.

Висновки. Кращим методом вибору ми вважаємо ендотермічну обробку гирла великої підшкірної вени у хворих у гострому періоді варикотромбофлебіту задля запобігання виникнення таких ускладнень як тромбоз глибоких вен чи тромбоемболія легеневої артерії.

Ключові слова: варикотромбофлебіт, ендотермічна обробка, велика підшкірна вена, система глибоких вен, легенева емболія.

Вступ

Хронічні захворювання вен нижніх кінцівок мають для суспільства дуже велике соціально-економічне значення через величезну поширеність цього захворювання, а також у зв'язку із необхідністю тривалого лікування і можливої втрати працездатності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) хвороби вен включені до списку «хвороб цивілізації». Одним із найпоширеніших ускладнень варикозної хвороби нижніх кінцівок є варикотромбофлебіт, який виникає у 30–59 % випадків та є ембологенною небезпекою. Під цим розуміється патологічний процес, що супроводжується утворенням тромбу в просвіті підшкірної вени з вираженим асептичним запаленням судинної стінки, паравазальної клітковини та шкіри [1, 2].

Фактори ризику для варикотромбофлебіту аналогічні факторам ризику для тромбозу глибоких вен і легеневої артерії та включають активні зл�акісні новоутворення або терапію раку, операції, травми/поранення, іммобілізацію, ожиріння, використання естрогену/вагітність, наявність варикотромбофлебіту, варикозної хвороби нижніх кінцівок в сімейному анамнезі. У 3,9 % хворих з варикотромбофлебітом виникає тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА),

у 10–25 % хворих перехід тромботичного процесу через сафенофеморальне/сафенопоплітальне гирло та перфорантні вени у глибоку венозну систему, що обумовлює виникнення тромбозу глибоких вен (ТГВ) [4, 7].

У дослідженнях CALISTO (Leizorovicz A. et al. 2013) та STEFLUX (Cosmi V., 2014), до яких разом було залучено більш, ніж 1500 хворих із тромбозом поверхневих вен дають змогу оцінити ризик можливих тромбоемболічних ускладнень та визначити консервативну лікувальну тактику, а саме необхідність призначення, терміни використання антикоагулянтів. Але, навіть в таких великих виборках, відокремили хворих, що не були включені до досліджень, а саме це хворі з активною формою рака, високим ризиком кровотечі, що таким чином робить проблему лікування тромбозу поверхневих вен остаточно не вирішеною та залишає певний прошарок хворих не захищеними [3, 4].

Мета досліджень

Оцінити ефективності та безпечності використання методу ендотермічної обробки гирла великої підшкірної вени у хворих у гострому періоді варикотромбофлебіту як засіб профілактики виникнення тромбозу у системі глибоких вен нижніх кінцівок.



Матеріали і методи досліджень

Проаналізовано дві групи пацієнтів, які проходили лікування з приводу гострого варикотромбофлебиту у відділенні гострих захворювань судин ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України» міста Харкова у 2018-2020 р. У дослідження включено 58 хворих з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок, що ускладнилася варикотромбофлебітом. Середній час від початку клінічної маніфестації варикотромбофлебиту склав ($3 \pm 1,03$) доби в обох групах. Жінки склали — 35 пацієнтів (60 %), чоловіки — 23 (40 %). Середній вік хворих — ($48,7 \pm 5,71$) років. Розподіл за віком та статтю у групах статистично співвідносний. В обох групах у всіх хворих на УЗД дослідженні визначався тромбоз стовбуру ВПВ з рівнем проксимального стояння тромбів менш 5 см, та довжиною тромбу в ВПВ більше за 5 см.

Основну групу склали 27 хворих, яким було проведено ендотермічну коагуляцію гирла великої підшкірної вени за запропонованим способом, за наявності неспроможних перфорантів — виконувалась їх перев'язка.

Сутність способу полягає у тому, що під УЗ-контролем та місцевою анестезією пунктують в. *saphena accessoria lateralis* та через неї вводять світловід (1470 нм) безпосередньо у сафенофemorальне гирло з подальшою її ендотермічною обробкою (таким чином виконували ЕВЛК — кросектомію).

У післяопераційний період хворі отримували профілактичні дози антикоагулянтів — ривароксабан 15 мг 1 раз на день *per os* протягом 2 тижнів та компресійний трикотаж протягом 3 тижнів, флеботоніки.

У групу порівняння включено 31 хворого, що отримували з приводу варикотромбофлебиту амбулаторно консервативне лікування в обсязі лікувальних доз антикоагулянтів згідно рекомендацій щодо лікування ТГВ, а саме ривароксабан 15 мг 2 р/д 3 тижні, далі по 20 мг 1 р/д 3 міс., флеботоніки впродовж всього часу терапії.

УЗ-контроль лікування виконували після хірургічного лікування на 1 добу, далі в обох групах на 2 тижні та через 1 міс після первинного візиту.

Результати досліджень та їх обговорення

При ультразвуковому контролі в основній групі на 1-у післяопераційну добу у 100 % випадків облітерація проксимального сегмента великої підшкірної вени із сафенофemorальним гирлом. Надалі ультразвукове дослідження виконувалося через 2 тижні та через 1 міс. В основній групі — 1 випадок ЕНІТ (ендотермічно індукований тромбоз СФС) з пристін-

ковим тромбуванням ЗСА до 1 см довжиною з приводу чого хворого переведено на лікувальні дози антикоагулянтів, та жодного випадку ВТЕ (венозного тромбоемболізму). У групі порівняння 3 випадки тромбозу глибоких вен, а саме 1 подовження на загальну стегнову вену, та 2 випадки тромбозу суральних вен, 1 випадок немасивної тромбоемболії легеневої артерії, що клінічно проявилися у вигляді бронхіту, але при дообстеженні підтверджено на КТ.

Через 1 міс. на УЗД в групі порівняння визначалася повна реканалізація стовбуру ВПВ, а у групі порівняння облітерація проксимального сегменту ВПВ в п/3 стегна, дистальніше відзначалася реканалізація ВПВ.

У дослідження не було включено пацієнтів при поєднанні варикотромбофлебиту та тромбозу глибоких вен на момент госпіталізації, наявності флотуючого тромбу, з онкологічними захворюванням в анамнезі, важких супутніх захворювань, атеросклеротичного ураження артерій нижніх кінцівок в стадії суб- або декомпенсації.

Отримані результати за даними ультразвукової діагностики судин нижніх кінцівок у післяопераційному періоді, свідчать, що в першій групі з консервативним лікуванням терапевтичними дозам антикоагулянтів тромбоз системи глибоких вен нижніх кінцівок зареєстровано в двох випадках та жодного випадку після хірургічного втручання.

За даними літератури тактика лікування оклюзуючого тромбозу поверхневих вен полягає у консервативній терапії. Рекомендується використання різних форм декількох класів фармацевтичних препаратів при варикотромбофлебіті таких, як: нестероїдних протизапальних засобів; похідних рутину, гесперидину та діосміну; антикоагулянтів, компресійного трикотажу [5, 6].

Використання антикоагулянтів при тромбозі в ВПВ (та аналогічне до МПВ) доцільне при емболонебезпечній локалізації тромбів, а саме якщо верхня межа тромбозу в знаходиться < 3 см від СФС. У такому разі призначаються лікувальні дози антикоагулянтів (НОАК, НМГ, Антагоністи віт. К) як при тромбозі глибоких вен. При рівні тромбів більш, ніж 3 см від гирла, що впадає у глибоку венозну систему (ВПВ чи МПВ), але довжині тромбозу більше за 5 см призначають профілактичні дози фондапарінуксу протягом 45 днів. У всіх інших випадках доцільне використання лише нестероїдних протизапальних засобів. Якщо при компресійному УЗД вен підтвердилося ТПВ з ТГВ рекомендується використання лікувальних доз антикоагулянтів. У дослідженні було оцінено ефективність методу ендотермічної обробки гирла великої підшкірної вени у хворих



в гострому періоді варикотромбофлебіту за показниками припинення рефлюкса через сафенофemorальне гирло та наявність тромбоемболічних ускладнень, таких як тромбоз системи глибоких вен та тромбоемболія легеневої артерії в ранньому післяопераційному періоді та після проведення консервативної терапії терапевтичними дозами антикоагулянтів. Не дивлячись на рівень ефективності та селективності призначення антикоагулянтної терапії у хворих із гострим варикотромбофлебітом в дослідженні, ризик прогресування тромбофлебіту та виникнення венозного тромбоемболізму залишався високим у порівнянні з групою, в якій виконувалася ендотермічна абляція гирла ВПВ. Таким чином спосіб ендотермічної обробки гирла ВПВ у хворих при варикотромбофлебіті дозволяє запобігти венозній тромбоемболії та знизити ризик можливої кровотечі за рахунок зменшення дози (використання профілактичних доз антикоагулянтів). Тому в про-

цесі терапії повинен проводитися динамічний контроль (клінічний та ультрасонографічний) за перебігом захворювання. Результати наших досліджень також відображають можливість лікування варикотромбофлебіту, що є ускладненням варикозної хвороби, при використанні ендотермічної обробки гирла ВПВ за малоінвазивних методів лікування (наприклад ЕВЛК, РЧА, ЕВЕЗ).

Висновки

Спосіб ендотермічної обробки гирла ВПВ є безпечним, малоінвазивним та надійним способом профілактики висхідного тромбофлебіту у хворих з тромбозом поверхневих вен, таким чином способом профілактики ТГВ, при цьому дискусійним залишається питання щодо радикальної тактики лікування варикозної хвороби у даній категорії хворих, вибору малоінвазивного методу та строків їх застосування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анатомічні аспекти хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту / В. І. Русин, В. В. Корсак, Ю. А. Левчак [та ін.] // Вісник невідкладної і відновної медицини. – 2010. – №4. – Т.11. – С. 459–462.
2. Бебуришвили А. Г. Острый тромбофлебит в бассейне большой подкожной вены / А. Г. Бебуришвили, А. В. Шаталов, А.А. Шаталов // Хирургия. – 2004. – №4. – С. 4–8.
3. Богачев В.Ю. Острый тромбофлебит. Современные принципы диагностики и лечения / В. Ю. Богачев // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – № 1. – С. 9–11.
4. Варикотромбофлебит как предиктор тромбоза глубоких вен нижних конечностей – закономерность или случайность? / Л.М. Чернуха, С.П. Щукин, А.В. Тодосьев [и др.] // Клінічна флебологія. – 2013. – Т.6, №1. – С. 180–182. 15
5. Вашенко М. А. Сучасні методи діагностики та комплексного хірургічного лікування хворих із гострими тромбозами вен таза та тромбофлебітами поверхневих вен нижніх кінцівок / М. А. Вашенко, Ю. М. Безпалько, Г.С. Морський // Медицина транспорту України. – 2007. – №4. – С. 54–57.
6. Мамчич В.І. Поліпшення результатів хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту у людей похилого та старечого віку / В.І. Мамчич, В.І. Смовженко // Хірургія України. – 2010. – №3. – С. 10–15.
7. Оценка рефлюкса в большой подкожной вене ноги в практике флеболога / В.А.Прасол, В.И. Троян, О.С. Рябинская [и др.] // Клінічна хірургія. – 2005. – № 4–5. – С. 88–89.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
ЭНДОТЕРМИЧЕСКОЙ
ОБРАБОТКИ УСТЬЯ
БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ
ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ
С ТРОМБОЗОМ
ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН

*В. А. Прасол, К. В. Мясоедов,
И. В. Гуйван*

Резюме. Одним из самых распространенных осложнений варикозной болезни нижних конечностей является варикотромбофлебит, который возникает в 30-59 % случаев и представляет собой эмбологенную опасность.

Цель исследования — оценка эффективности использования метода эндотермической обработки устья большой подкожной вены у больных в остром периоде варикотромбофлебита.

Материалы и методы исследований. Проанализированы данные 58 пациентов, проходивших лечение по поводу острого варикотромбофлебита в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ» г. Харькова в 2018-2020 г.

Результаты исследований. При ультразвуковом контроле в основной группе на первые послеоперационные сутки в 100 % случаев облитерация проксимального сегмента большой подкожной вены в сафенофemorальном устье. Через 1 мес. на УЗИ в группе сравнения полная реканализация ствола ВПВ, а в группе сравнения облитерация проксимального сегмента ВПВ в п/3 бедра, дистальнее от мечалась реканализация ВПВ.

Выводы. Лучшим методом выбора мы считаем эндотермическую обработку устья большой подкожной вены у больных в остром периоде варикотромбофлебита для предотвращения возникновения таких осложнений, как тромбоз глубоких вен или тромбоэмболии легочной артерии.

Ключевые слова: *варикотромбофлебит, эндотермическая обработка, большая подкожная вена, система глубоких вен, легочная эмболия.*

THE USE OF
ENDOTHERMICTRE
AT MENT OF THE
MOUTH OF THE LARGE
SUBCUTANEOUS VEIN
IN PATIENTS
IN THE ACUTE PERIOD
OF VARICOTROMBO-
PHLEBITIS

*V. A. Prasol, K. V. Myasoyedov,
I. V. Guyvan*

Summary. One of the most common complications of varicose veins is lower varicotrombophlebitis, which occurs in 30-59 % of cases and is an embologenic risk.

Aim. The aim of our study is to evaluate the effectiveness of using the method of endothermic treatment of the mouth of a large subcutaneous vein in patients in the acute period of varicotrombophlebitis.

Materials and methods of research. The data of 58 patients treated for acute varicotrombophlebitis in State Institution “Institute of General and Emergency Surgery”. V. T. Zaitseva NAMS of Ukraine”, Kharkov in 2018-2020.

Research results. With ultrasound control in the main group on the 1st post operative day in 100 % of cases, obliteration of the proximal segment of the large subcutaneous veins with the saphenofemoral mouth. After 1 month on ultrasound in the comparison group complete recanalization of VPV trunk, and in the comparison group obliteration of the proximal segment of the VPV in the p/3 thighs, distally was noted recanalization of the VPV.

Conclusions. We consider endothermic treatment of a large saphenous vein in patients with acute varicotrombophlebitis to avoid complications such as deep vein thrombosis or pulmonary.

Key words: *varicotrombophlebitis, endothermic treatment, large subcutaneous vein, deep vein system, pulmonary embolism.*