

© Ю.А. Левчак, С.С. Сірчак, В.М. Лопіт, О.С. Краснополська, О.М. Кочмарь, 2014

УДК 616.147.33-002.1-007.64-089

Ю.А. ЛЕВЧАК², С.С. СІРЧАК¹, В.М. ЛОПІТ¹, О.С. КРАСНОПОЛЬСЬКА¹, О.М. КОЧМАРЬ¹

¹ Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб;

² Закарпатська обласна клінічна лікарня імені Андрія Новака, Ужгород

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ У БАСЕЙНІ ВЕЛИКОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ

Досліджено результати 865 втручань при гострому варикотромбофлебіті великої підшкірної вени у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака. За результатами проведених оперативних втручань визначено стратегію та тактику хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту великої підшкірної вени.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт, велика підшкірна вена, хірургічне лікування

Вступ. Гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) є найбільш розповсюдженим ускладненням варикозної хвороби поверхневих вен нижніх кінцівок, яке розвивається у кожного 5-6 пацієнта, хворого на варикозну хворобу. За даними Кириєнко А. І. (2006), частота розвитку цього ускладнення варикозної хвороби сягає 30 % [3].

ГВТФ є головним ускладненням варикозного розширення вен і займає одне із перших місць серед тромбофлебітів усіх локалізацій.

Гострота проблеми зумовлена тим, що консервативне лікування є довготривалим і не завжди зупиняє тромбоутворення, окрім того, його результатом можуть бути тромбоемолічні ускладнення.

У дослідженні Ascher E. (2003) встановлено, що, незважаючи на антикоагулянтну терапію, у 14,3 % тромбоз із сафено-феморального співгірла (СФС) поширився на стегнову вену. З іншого боку, навіть після ліквідації тромботичного процесу необхідним є хірургічне лікування варикозної хвороби [2].

Після перенесеної кросектомії, з приводу ГВТФ у 22,4 % пацієнтів відзначається прогресування варикозної хвороби і усім хворим у відстроченому періоді показана флектомія. У більшості випадків, за спостереженнями Яблокова Е.Г. (1999), Хмельника С.М. (1992), через 6–8 місяців відзначається практично повне відновлення прохідності стовбура великої підшкірної вени (ВПВ) на стегні, що викликає прогресування хронічної венозної не-

достатності (ХВН). Характерною особливістю перебігу ГВТФ є схильність його до частих рецидивів.

Рання діагностика і патогенетична терапія поверхневого тромбофлебіту є сьогодні найбільш важливим засобом профілактики його злоякісного перебігу [2, 3].

Мета дослідження. Визначити стратегію та тактику хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту у басейні великої підшкірної вени.

Матеріали та методи. У хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака виконано 865 втручань при ГВТФ ВПВ.

Кількість та види операцій, що виконувалися, наведені у таблиці 1. Найбільшу групу склали хворі, яким виконувалася класична флектомія в умовах судинного відділення з приводу ГВТФ. У другій групі пацієнтам, у котрих ГВТФ ускладнив післяопераційний перебіг до 24-72 годин із моменту виконання порожнинних або інших операційних втручань, виконували тільки кросектомію (з метою профілактики тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА)). У цих пацієнтів був висхідний характер тромбофлебіту ВПВ із локалізацією процесу у верхній третині стегна. У третій групі хворим, у котрих ГВТФ також ускладнив післяопераційний перебіг, але пізніше 72 годин із моменту проведення втручання з приводу основного захворювання, виконували стовбурову флектомію.

Таблиця 1

Кількість та види хірургічних втручань при ГВТФ ВПВ

Групи хворих	Кількість операцій	Вид операції
I – хворі госпіталізовані і оперовані у судинному відділенні з приводу ГВТФ	575	Радикальна флектомія
II – ГВТФ ускладнив післяопераційний перебіг протягом 24–72 годин із моменту виконання порожнинних або інших операційних втручань	41	Кросектомія
III – ГВТФ ускладнив післяопераційний перебіг, але пізніше 72 годин із моменту проведення втручання з приводу основного захворювання	75	Стовбурова флектомія
IV – мав місце перехід тромботичного процесу з поверхневих вен на глибокі	174	Радикальна флектомія + тромбектомія, прямі способи тимчасової оклюзії глибоких вен

Четверта клінічна група найбільш складна. У цих пацієнтів перебіг ГВТФ ускладнився поширенням тромбозу через співгирла або неспроможні перфоранти на глибоку венозну систему.

У Європі найбільш часто користуються класифікацією F. Verrel, F. Stollman (1997):

- I тип – варикотромбофлебіт без залучення пригирлового клапана або глибоких вен;
- II тип – краніальна порція тромбу досягає пригирлових клапанів великої або малої підшкірних вен;
- III тип – тромб проникає через ці клапани у глибокі вени;
- IV тип – тромб потрапляє у глибокі вени через неспроможні перфорантні вени [1].

Згідно із наведеною класифікацією I та IV тип рекомендують лікувати консервативно, а варикозні вени видаляти тільки після стихання гострої фази, II та III типи ГВТФ є показанням до ургентного хірургічного лікування. Хірургічна тактика включає кросектомію, резекцію підшкірної вени без стріпінгу, радикальне видалення усіх варикозних вен та перев'язку неспроможних перфорантів. При III типі ГВТФ спочатку необхідно виконувати тромбектомію із глибоких вен за методом Фогарті. Аналогічну хірургічну тактику застосовують для малої підшкірної вени.

У зв'язку із поглибленим вивченням флебодинаміки у 237 хворих на ГВТФ за допомогою кольорового дуплексного сканування (КДС) виникли питання, які внесли певні корективи у дану класифікацію. Це викликано доцільністю виділення таких форм ГВТФ, які потребують термінового хірургічного лікування, що своєчасно і адекватно ліквідує загрозу поширення тромбозу на глибокі вени.

На наш погляд, принциповим недоліком запропонованої класифікації є той факт, що і при I, і при II типі ГВТФ ВПВ можуть виникати ембологенні форми тромбозу, які потребують екстреної операції. Перш за все, це ситуації, коли є контакт розповсюдженого рефлюксу із верхівкою тромбу. При цій формі ГВТФ можуть діагностуватися флотуючі тромби на різних рівнях ВПВ та її приток. При IV типі необхідно виділити локальні та ізольовані форми ГВТФ на гомілці, пов'язані з неспроможними або тромбованими перфорантами.

Тромбофлебіт у задній арковій вені Леонардо на гомілці у басейні ВПВ має зв'язок із неспроможними або тромбованими перфорантами, що загрожує поширенням тромбозу на глибокі вени. Між тим автори, передбачаючи такий шлях розповсюдження тромбофлебіту, не надають йому важливого значення і лікують таких пацієнтів консервативно. У зв'язку з цим ми внесли певні доповнення у класифікацію ГВТФ, про що доповіли на Сухаревських читаннях у м. Києві (2008) та на III з'їзді судинних хірургів у м. Донецьку (2010). Згідно з цією доповненою класифікацією ми виділяємо такі типи та підтипи ГВТФ підшкірних вен нижніх кінцівок [4].

З позиції вирішення стратегічних завдань хворі були розділені на 5 груп:

1 група – пацієнти з флотуючими тромбами, яким виконувалися операції, що направлені на ліквідацію тромбоемболічних ускладнень;

2 група – хворі, яким виконані операції, направлені на попередження поширення тромбофлебіту на глибокі вени і розвитку тромбоемболічних ускладнень;

3 група – пацієнти з висхідною формою ГВТФ та розповсюдженим рефлюксом у стовбурі ВПВ, що контактує з верхівкою тромбу;

4 група – хворі без прогресування ГВТФ та без загрози поширення його на глибокі вени;

5 група – вимушені екстрені паліативні операції у хворих на ГВТФ у басейні ВПВ.

Першу групу склало 250 випадків з ембологенною формою ГВТФ, з них 1 підгрупу склав 51 (20,4 %) випадок флотуючого тромбу у глибоких венах та 20 (8 %) випадків із тромбованими перфорантами.

Головний принцип об'єднання пацієнтів першої групи – пряма загроза тромбоемболічних ускладнень.

Аналізуючи цю групу хворих, слід відзначити, що відсоток флотуючих тромбів у стегновій вені склав 20,4 % проти 8 % випадків з тромбованими перфорантами, що є свідченням того, що практично у половині кількості випадків ГВТФ відзначено поширення тромбофлебіту через перфорантні вени на глибоку венозну систему.

У другу підгрупу увійшли пацієнти із флотуючими тромбами у стовбурі ВПВ: від щілини колінного суглоба до верхньої третини стегна 160 (64 %) випадків, у притоках на стегні 19 (7,6 %).

Важливим моментом є наявність великої групи хворих – 179 (71,6 %) – з флотуючими тромбами, як у стовбурі, так і у варикозно розширених притоках системи ВПВ на стегні, що є свідченням низького рівня оздоровлення хворих з ХВН. Наявність флотації є свідченням не тільки розширення вени перед тромбом, але і клапанної неспроможності ВПВ.

Показання та обсяг хірургічних втручань представлені у таблиці 2. Чим вищий клас венозної дисфункції за класифікацією CEAP, тим більше неспроможних перфорантів та клапанів у стовбурах поверхневих вен.

При цьому, слід зауважити, що операція починається з кросектомії з видаленням, як правило, основного стовбуру ВПВ або коротким стріпінгом на стегні із дистальною склерооблітерацією на гомілці, резекцією або екстирпацією перфорантів, флебектомією приток ВПВ, з тромбектомією зі стегнової або гомілкових вен гомілки.

Тромбектомія виконується або із доступу за Чер'яковим-Кириєнко, або частіше з надпахового розрізу і починається з класичної кросектомії з виділенням стегнової вени вище виділення стовбуру ВПВ до 5 см. Після цього пересічена ВПВ поздовжньо розтинається до гирла і виконується класична напіввідкрита тромбектомія зі стегнової вени.

Таблиця 2

Показання та обсяг хірургічного втручання у хворих з ембологенною формою ГВТФ у басейні ВПВ

Показання до термінових втручань	Обсяг операції	Кількість операцій
Флотуючі тромби у стовбурі ВПВ	Радикальна флектомія	150 (60 %)
	Кросектомія, короткий стрипінг та стегні, стовбутова дистальна склеротерапія + операція Нарата	10 (4 %)
Флотуючі тромби у притоках	Радикальна флектомія, флектомія приток + міні Лінтон	19 (7,6 %)
Флотуючі тромби у стегновій вені	Кросектомія, тромбектомія, пригирлове ушивання стегнової вени, флектомія + операція Нарата	51 (20,4 %)
Тромбовані перфоранти на стегні	Кросектомія+флектомія+резекція перфорантів	3 (1,2 %)
	Кросектомія+флектомія+екстирпація перфорантів	1 (0,4 %)
Тромбовані перфоранти на гомілці	Кросектомія+флектомія+тромбектомія+SEPS	7 (2,8 %)
	Кросектомія+флектомія + екстирпація тромбованих перфорантів	9 (3,6 %)

Після появи ретроградного кровоплину стегнова вена промивається розчином гепарину 10 тис.од на 100 мл фізіологічного розчину, а поздовжній пригирловий венотомний розріз ушивається обвивним швом атравматичною ниткою 5/0. З метою профілактики рецидиву тромбозу при поширенні процесу на стегнову вену не слід залишати «кишеню» з кукси ВПВ.

Аналізуючи літературу, присвячену даній проблемі, можна дійти висновку, що єдиним можливим місцем поширення тромботичного процесу на глибокі вени є неспроможне СФС. Безперечно, при висхідних формах ГВТФ найчастіше гирло ВПВ є місцем переходу тромбозу на стегнову вену та джерелом флотуючих тромбів. Проте, не менш загрозливим у аспекті поширення тромбозу на глибоку систему та як джерело флотуючих тромбів є перфорантні вени та мала підшкірна вена (МПВ). У опрацьованій нами літературі, на наш погляд, мало уваги приділяється обсягу операційних втручань при поширенні тромботичного процесу з тромбованих перфорантів на вени гомілки або ж при тромбуванні колекторів камбалоподібного м'язу.

Цілком зрозуміло, що після діагностики проксимальної межі ГВТФ у хворих цієї групи незалежно від локалізації у стовбурі або притоках, при наявності тромбованих або неспроможних перфорантів є показаним термінове хірургічне лікування.

Другу групу склали 123 (14,2 %) випадки із висхідною формою ГВТФ, у котрих верхівка тромбу доходила до СФС.

Виділення цих хворих у окрему групу пов'язано із справжньою загрозою переходу ГВТФ через пригирловий клапан у глибоку систему.

Слід відзначити, що у цих пацієнтів не діагностували венозний рефлюкс, оскільки весь стовбур від гомілки до верхньої третини стегна був тромбований. У зв'язку із тромбованим поверхневим венозним колектором неможливо було виявити неспроможні перфоранти. Основним методом лікування у

цих пацієнтів були кросектомія з флектомією і операцією Нарата. У 11 пацієнтів виконано SEPS.

Слід зауважити, що у пацієнтів даної групи при висхідній формі ГВТФ ВПВ термінова операція була виконана у перші 24 години з моменту поступлення. У даному випадку операція має не тільки лікувальний характер – видалення тромбованої вени, а й профілактичний – попередження ТЕЛА.

Третю групу склали 184 (21,3 %) випадки, які були об'єднані за такими клінічними та ультразвуковими ознаками: локалізація варикотромбофлебиту на рівні нижньої третини стегна та верхньої третини гомілки при наявності зв'язку венозного рефлюксу з верхівкою тромбу. Сюди також були включені пацієнти з висхідною формою ГВТФ ВПВ на рівні середньо-верхньої третини стегна.

Ця група відрізняється від попередньої більш дистальним розташуванням верхньої межі тромбозу та віддаленістю від перфорантів і СФС. Необхідність виокремлення цих випадків у окрему групу була продиктована отриманими нами результатами про підвищення швидкості тромбоутворення при контакті розповсюдженого венозного рефлюксу у ВПВ з верхівкою тромбу, як місцевого гемодинамічного механізму тромбоутворення.

Не менш важливим фактом є те, що у даній групі випадків є схильність до формування флотуючих тромбів. Виявлення венозного рефлюксу, як головного гемодинамічного фактора тромбоутворення, і його характеристика свідчать на користь термінового операційного втручання у хворих на ГВТФ нижньої третини стегна та верхньої третини гомілки при розповсюдженному рефлюксі у ВПВ, який доходить до верхівки тромбу.

Вважаємо, що кросектомія у ізольованому варіанті не повністю ліквідує загрозу поширення тромбозу з поверхневих вен на глибокі, особливо у пацієнтів з С3 і вищим класом венозної дисфункції, оскільки необхідно враховувати і можливий горизонтальний рефлюкс через неспроможні перфорантні вени.

Такий перебіг захворювання ми відзначили у двох випадках з ГВТФ нижньої третини стегна, коли завдяки результатам динамічного кольорового дуплексного сканування і відповідно виконанню екстреного хірургічного втручання вдалося попередити поширення тромбозу на стегнову вену через перфоранти Додда.

Таким чином, і при нормальному стані СФС можливий варіант висхідного ГВТФ, відсутність уваги до цього факту може призвести до тактичної

помилки і розвитку тромбоемболічних ускладнень. Такі обставини диктують необхідність виконання у терміновому порядку втручання на перфорантних венах.

Тільки після ліквідації усіх можливих шляхів розповсюдження тромбозу на глибоку венозну систему можна ефективно запобігти розвитку тромбоемболічних ускладнень.

Види ГВТФ та обсяг термінових операцій у басейні ВПВ у хворих 3 групи зображено у таблиці 3.

Таблиця 3

Види ГВТФ та обсяг термінових операцій у басейні ВПВ

Вид ГВТФ у басейні ВПВ	Обсяг термінової радикальної комбінованої флебектомії	Кількість операцій
Висхідний ГВТФ до с-в/3 стегна	КЕ+флебектомія+операція Нарата	88 (47,8 %)
	КЕ+флебектомія+SEPS+операція Нарата	4 (2,2 %)
Висхідний ГВТФ н/3 стегна та в/3 гомілки з локальним рефлюксом	КЕ+флебектомія+флебектомія тромбованих приток+операція Нарата	30 (16,3 %)
Висхідний ГВТФ н/3 стегна та в/3 гомілки з розповсюдженим венозним рефлюксом	КЕ+стовбура склерооблітерація +SEPS	9 (4,9 %)
	КЕ+флебектомія+флебектомія тромбованих приток+міні-Лінтон+операція Нарата	12 (6,5 %)
	КЕ+флебектомія+операція Нарата	41 (22,3 %)

Слід відзначити, що варикотромбофлебіт у нижній третині стегна був показанням до екстреного хірургічного втручання у таких випадках: при неспроможності перфорантів Додда та Гантера; ізольованому ГВТФ вени Джіакоміні, пов'язаної з гирлом МПВ, коли існує загроза поширення тромбофлебіту через неї на підколінну вену та стовбур ВПВ; висхідному характері ГВТФ та наявності флотуючого тромбу на рівні нижньої третини стегна у стовбурі ВПВ.

ГВТФ на рівні нижньої третини стегна у стовбурі ВПВ також був показанням до термінового хірургічного втручання при неспроможних перфорантах Додда та Гантера та висхідному характері тромбофлебіту і флотуючому тромбі на цьому рівні.

Четверта група об'єднала 192 (22,2 %) операційні втручання, де у 40 (20,8 %) випадках мав місце оклюзійний або пристінковий тромбоз гілок ВПВ на гомілці, а у 152 (79,2 %) було діагностова-

но оклюзійний або пристінковий тромб стовбура ВПВ на гомілці.

Виокремлення цієї групи базувалося на таких ознаках: 1) локалізація тромбофлебіту у системі ВПВ тільки на гомілці; 2) відсутність флотуючих тромбів у стовбурі ВПВ та притоках; 3) відсутність розповсюдженого рефлюксу, що контактує з верхівкою тромбу; 4) відсутність висхідного характеру ГВТФ.

Ця група не була потенційно небезпечною щодо швидкого росту тромбозу та формування флотуючих тромбів.

Обсяг та вид операцій у пацієнтів четвертої групи представлений у таблиці 4. Слід відзначити, що участь вени Леонардо у процесі тромбоутворення викликає більш агресивну хірургічну тактику у зв'язку з наявністю прямого сполучення останньої з перфорантами групи Кокета.

Таблиця 4

Види ГВТФ та обсяг операцій

Вид ГВТФ у басейні ВПВ	Обсяг відтермінованої радикальної комбінованої флебектомії	Кількість операцій
Оклюзійний або пристінковий тромб гілок ВПВ на гомілці	КЕ+флебектомія+флебектомія тромбованих приток+операція Нарата	40 (20,8 %)
Оклюзійний або пристінковий тромб стовбура ВПВ на гомілці	КЕ+флебектомія+SEPS	11 (5,7 %)
	КЕ+флебектомія+міні-Лінтон+видалення вени Леонардо	4 (2,1 %)
	КЕ+флебектомія+операція Нарата	137 (71,4 %)

У решти пацієнтів у зв'язку з відсутністю загрози поширення тромбофлебіту на глибокі вени та розвиток тромбоемболічних ускладнень показані радикальні комбіновані відтерміновані флебектомії.

П'яту групу склали вимушені паліативні операції, що були виконані у 116 (13,4 %) випадках, із них 41 (35,3 %) кросектомія і 75 (64,7 %) стовбурих флебектомій.

Ці хворі оперовані у інших хірургічних відділеннях, де ГВТФ ускладнив ранній післяопераційний період після виконання втручань з приводу абдомінальної або торакальної патології. У межах 72 годин усім пацієнтам виконана кросектомія.

Якщо хворий оперувався з приводу висхідного ГВТФ через 72 години або пізніше після основної операції, йому виконували стовбурову флектомію, яка не є радикальним втручанням ні при ХВН, ні при ГВТФ на відміну від комбінованої радикальної флектомії.

Основним завданням у цих клінічних випадках було попередження розвитку тромбозу через СФС для профілактики ТЕЛА. На жаль, у двох хворих, у котрих ми обмежилися виконанням кросектомії, розвинулася ТЕЛА, в одному випадку – фатальна.

Тромбоемболічних ускладнень при стовбуровій флектомії ми не відзначили. Отримані результати є свідченням на користь обмеження виконання паліативних операцій при ГВТФ.

Результати досліджень та їх обговорення. Одномоментну радикальну флектомію при ГВТФ ВПВ рекомендується виконувати у перші два тижні з моменту захворювання. Така операція у пацієнтів при варикозній хворобі III-IV класу за СЕАР, ускладненій ГВТФ, займає 2,5–3,5 години [7].

Обов'язковою умовою для її успішної реалізації є наявність цілодобового моніторингу в судинному відділенні фахівців з ультразвукової діагностики.

Безумовно, що такі операції має виконувати повноцінна операційна бригада у денний час при наявності можливості консультативної допомоги допоміжних служб.

При цьому частина пацієнтів поступає у стаціонар уночі, і тоді виникає питання: чи можна консервативними методами зупинити прогресування тромботичного процесу протягом доби з метою відтермінування і проведення операції у більш вигідних умовах без загрози здоров'ю хворого.

Антикоагулянтна терапія при флотуючому ембологенному тромбі не може замінити хірургічних способів лікування. У той же час не слід забувати, що венозна гіпертензія, тромбогенний потенціал крові, венозний застій, турбулентний кровоплин, пошкодження венозної стінки при ГВТФ мають локальний характер. Антикоагулянтна терапія ніяк не впливає на механізм тромбоутворення при ГВТФ, пов'язаному з венозним рефлюксом [1, 5].

У одному з досліджень Ascher E. (2003) вказує, що частота ТЕЛА при медикаментозному лікуванні ГВТФ з переходом на СФС склала 14,3 %, а у групі оперованих хворих – 0 % [8].

Якщо враховувати, що головним локальним фактором тромбоутворення, який впливає на швидкість росту тромбу, є його зв'язок верхівки з венозним рефлюксом, виникає питання: чи можливо припинити ріст тромбозу, впливаючи на зменшення сили рефлюксу внаслідок зовнішньої еластич-

ної компресії. Туге еластичне бинтування сприяє фіксації тромбу у просвіті судин, знімає біль і не дає можливість подальшого росту.

На наш погляд, компресійна терапія є необхідною, проте вона не є ефективною у тих ділянках, де вена розташована під фасцією, у ділянці співгирла (СФС та СПС), у ділянці промежини, верхній третині стегна, на рівні неспроможних перфорантів.

У той же час використання антикоагулянтів у комбінації із компресійною терапією для зменшення венозного рефлюксу можливе на рівні колінного суглоба і гомілки при відсутності тромбованих та недостатніх перфорантів.

Слід відзначити, що головним методом лікування ГВТФ повинна бути термінова, рідше відтермінована радикальна комбінована флектомія.

Стратегія лікування набула важливий фактор прогнозу у вигляді розповсюдженого венозного рефлюксу, пов'язаного з верхівкою тромбу, що дає відповідь на визначення напрямку розвитку тромбофлебиту та його швидкість.

Вирішення стратегічних завдань відкриває проблеми тактичного характеру: що робити з тромбованими венами, паравазальним інфільтратом, як забезпечити радикалізм втручання, з точки зору варикозної хвороби, щоб не допустити рецидиву та дотриматися при цьому косметичності.

Обсяг радикальної флектомії зумовлений класом венозної дисфункції, переходом тромбозу на глибокі вени, наявністю тромбованих або неспроможних перфорантів, вираженістю перифлебиту і паравазального інфільтрату, наявністю супутньої патології [6, 7].

Зважаючи на перераховані критерії, у першій групі пацієнтів з флотуючими тромбами у глибоких венах та тромбозом перфорантів обсяг операцій був найбільшим. У другій та третій групах тромбозомія не виконувалася, а обсяг операції відповідав класичній флектомії, хоча у окремих випадках виконували втручання з приводу неспроможних або тромбованих перфорантів. У четвертій групі, без урахування чотирьох випадків, обсяг операції був обмежений комбінованою флектомією без втручання на перфорантних венах. У п'ятій групі були виконані вимушені паліативні операції з метою профілактики ТЕЛА у обсязі кросектомії та стовбурової флектомії.

Таким чином, радикальне хірургічне лікування ГВТФ у басейні ВПВ включає:

- 1) кросектомію, виділення та взяття на турнікет глибоких вен із виконанням тромбозомії;
- 2) субфасціальну обробку неспроможних та тромбованих перфорантних вен;
- 3) видалення тромбованого стовбуру і/або склеротерапію, флектомію приток ВПВ із конгломератами підшкірних вен на гомілці та стегні.

Тільки при такій послідовності з використанням усіх етапів логічно досягається доцільність та безпечність втручання.

Тромбектомія. При виконанні тромбектомії, у випадку, коли тромб розповсюджується через співгирло на стенозуючу вену можливі два варіанти розвитку ситуації: 1) тромб флотує у просвіті вени, і при цьому достатньо застосування прийому Вальсальви для видалення тромбу; 2) верхівка тромбу фіксована до стінки вени, і у такому випадку необхідно виконати мобілізацію вени над верхівкою тромбу і взяття її на турнікет. На думку більшості флебологів, оптимальним терміном для ідеальної тромбектомії є перші 5 діб з моменту початку тромбозу.

Доступів для втручання на СФС є достатньо багато. Частіше за все ми використовуємо доступ за Черв'яковим-Кириєнко.

У випадку високого рівня флотуючої частини тромбу, на наш погляд, більш зручним є поперечний доступ над паховою складкою і вище неї за Брунером.

Виконання тромбектомії в ділянці СФС має свої певні етапи: 1) доступ залежно від прокси-

мального рівня розповсюдження тромбозу, 2) кросектомія; 3) мобілізація співгирла та взяття на турнікет ВПВ; 4) визначення необхідності накладання турнікету вище верхівки тромбу; 5) по-здовжня флеботомія, не сягаючи 3-4 мм до остіального клапана; 6) видалення тромбу прийомом Вальсальви, відсмоктувачем, лопаткою, катетерним балоном до отримання сильного ретроградного кровоплину; 7) пригирлове ушивання флеботомного розрізу; 8) резекція тромбованого сегмента ВПВ у межах рани (резекція СФС та виконання операції Беккока).

Таким чином, на стратегію та тактику лікування впливають: наявність і/або відсутність рефлюкса, наближеність і/або віддаленість від співгирла, неспроможність наскрізних вен і/або їхній тромбоз, перехід ГВТФ із поверхневої на глибоку венозну систему.

Висновки. Терміновість хірургічного втручання при ГВТФ ВПВ визначає безпека ТЕЛА.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Варикотромбофлебіт / В.І. Русин, В.В. Корсак, П.О. Болдіжар, Ю.А. Левчак. — Ужгород: Карпати, 2012. — 288 с.
2. Гудз І.М. Стратегія лікування гострого тромбофлебіту нижніх кінцівок / І.М. Гудз // Клін. флеболог. — 2009. — №1. — С. 150—151.
3. Кириєнко А.І. Профілактика венозних тромбозів і легочних емболій в хірургічній практиці / А.К. Кириєнко // Клінич.фармакол. і тер. — 2005. — Т. 14, № 4. — С. 26—30.
4. Неинвазивная диагностика основных форм венозной гипертензии у больных варикозной болезнью / Б.С. Суковатых, Л.Н. Беликов, О.Н. Родионов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2003. — Т. 9, №1. — С. 46—51.
5. Ультразвуковая семиотика эмболоопасных тромбов в стволе большой подкожной вены / А.Г. Бебуришвили, А.В. Шаталов, А.А. Шаталов [и др.] // Перинатальная диагностика. — 2006. — № 4. — С. 24—25.
6. Шаталов А.В. Отдалённые результаты хирургического лечения острого варикотромбофлебита в бассейне большой подкожной вены (Количественный и качественный анализ) / А.В. Шаталов // Вестник Волгогр. мед. унив. — 2006. — № 1. — С. 32—38.
7. Marchiori A. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and treatment / A. Marchiori, L. Mosenza, P. Prandoni // Semin. Thromb. hemost. — 2006. — Vol. 32. — P. 737—743.
8. 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.

Yu.A. LEVCHAK², S.S. SIRCHAK¹, V.M. LOPIT¹, O.S. KRASNOPOLSKA¹, O.M. KOCHMAR¹

¹Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of Surgical diseases; ²Transcarpathian Regional Clinical Hospital named of A. Novak, Uzhhorod

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE VARICTOPHLEBITIS OF THE GREAT SAPHENOUS VEIN

The estimation of 865 interventions in acute varictophlebitis of the great saphenous vein, which is made in the surgical clinic of the Transcarpathian Regional Hospital n. of A. Novak are presented. Developed strater and tactics of surgical treatment of acute varictophlebitis of the great saphenous vein.

Key words: acute varictophlebitis, great saphenous vein, surgical treatment

Стаття надійшла до редакції: 24.02.2014 р.