

ტერმინი “ვარიკოტრომბოზი” ან “ვარიკოტრომბოფლებიტი” ასახავს მდგომარეობას, როდესაც თრომბოზული პროცესი აზიანებს ქვედა კიდურების ვარიკოზულად გაგანიერებულ კანქვეშა ვენებს. ყველაზე ხშირად იგი წარმოადგენს ქვედა კიდურების კანქვეშა ვენების ვარიკოზული დაავადების გართულებას. ვარიკოტრომბოფლებიტი წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ სისხლმადგენა მწვავე დაავადებას, რის გამოც ავადმყოფები მიმართავენ ოჯახის ექიმებს და სისხლმადგენა ქირურგიულ განყოფილებებს. ვარიკოზული დაავადების ამ ტიპის გართულების სიხშირე აღწევს 30%[1]. კანქვეშა ვენების თრომბოფლებიტების ფონზე ავადმყოფების 10-30% უვითარდებათ ღრმა ვენების თრომბოზი[1]. განსაკუთრებულად სახიფათო ფორმას მიეკუთვნება ვარიკოტრომბოფლებიტის აღმავალი ფორმა, როდესაც თრომბოტული პროცესი კიდურის დისტალური ნაწილებიდან ვრცელდება პროქსიმალური მიმართულებით[1,2]. თრომბოზის საფენოფემორალური შერთულის სეგმენტზე გავრცელებისას იქმნება ფილტვის არტერიების თრომბოემბოლიის (ფათე) რეალური საფრთხე. სწორედ ამიტომაც F. Felsenreich-მა საფენო-ფემორალურ შერთულს უწოდა “სასიკვდილო ემბოლების ინკუბატორი”. საფენოფემორალური შერთულის თრომბოზი ხშირად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს და სწორედ ამიტომ, დაგვიანებული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა შეიძლება გახდეს ლეტალური გამოსავლის მიზეზი. აქედან გამომდინარე ვარიკოტრომბოფლებიტი არც თუ ისე კეთილსაიმედო გამოსავლის მქონე დაავადებაა[1].

მასალები და მეთოდები: ნაშრომის საფუძველს წარმოადგენს დიდი კანქვე- შა ვენის ვარიკოტრომბოფლებიტით 134 პაციენტის ქირურგიული და 208 პაციენტის კონსერვატიული მკურნალობის მონაცემები, მათ შორის ქალი იყო – 264 (77.2%), მამაკაცი – 78 (22.8%), ავადმყოფების ასაკი – 34-81 წელი. ქრონიკული ვენური დაავადების საერთაშორისო CEAP კლასიფიკაციით, 194 (56.7%) ავადმყოფს, ა ღენი შენებოდა C2-C3 კლასი, 148 (43.3%) -ს – C4 კლასი. ულტრაბგერითი დუპლექსკანირების მონაცემებით თრომბის პროქსიმალური საზღვარი 63 (18.43%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა ბარდაყის ზედა მესამედში, 35 (10.23%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა ბარდაყის შუა მესამედში, 36 (10.52%) შემთხვევაში თრომბის პროქსიმალური ბოლო სცდებოდა ოსტიალური სარქველის დონეს და გადადიოდა ბარდაყის საერთო ვენაში, ხოლო 208 (60.82%) შემთხვევაში პროცესი ლოკალიზებული იყო წვივის დონეზე. სასწრაფო წესით ოპერაციული მკურნალო- ბა ჩაუტარდა 134 პაციენტს – თრომბოზი გავრცელებული იყო ბარდაყის საერთო ვენაში ან ჰქონდათ გავრცელების მაღალი რისკი. აღმავალი ვარიკო- თრომბოფლებიტის ტიპის განსაზღვრისათვის გამ- ოვიყენეთ შემდეგი სქემა, რომელიც დაფუძნებულია ქვედა კიდურების ვენურ სისტემაში თრომბის გავრცელებაზე[3].

ვარიკოტრომბოფლებიტის ტიპები:

I ზედაპირული ვენების დისტალური სეგმენტების თრომბოზი

II ზედაპირული ვენების პროქსიმალური სეგმენტების თრომბოზი

III თრომბოზის გავრცელება შერთულის დონიდან ღრმა ვენურ სისტემაზე

IV ზედაპირული ვენების თრომბოზი, გავრცელებით პერფორანტულ ვენებზე

V ზედაპირული და ღრმა ვენური სისტემის ერთდროული თრომბოზი

ქირურგიული მკურნალობა ჩაუტარდათ პაციენტებს მხოლოდ II-III ტიპის აღმავალი ვარიკოტრომბოფლებიტით, კონსერვატიული მკურნალობა უტარდებოდათ I ტიპში გაერთიანებულ პაციენტებს. IV-V ტიპში გაერთიანებული პაციენტები კვლევაში არ მონაწილეობდნენ. ჩარევის მოცულობა განისაზღვრებოდა ვენურ სისტემაში თრომბოზის გავრცელებით და ანთებითი ინფილტრაციის არსებობით თრომბირებულ ვენაში. ინტრაოპერაციული გაუტკივარებისთვის გამოიყენებოდა ადგილობრივი და ინტრავენური ანესთეზიის თანამედროვე მეთოდები. ყველა პაციენტთან ოპერაციული მკურნალობა მოიცავდა კროსექტომიას (დიდი საჩინო ვენის და მისი

შენაკადების ლიგირება და გადაკვეთა საფენო-ფემორალური შერთულის დონეზე). 98 (28. 65%) პაციენტს ჩ აუტარდა მხოლოდ კროსექტომია ა, 36 (10.52%) პაციენტს ჩაუტარდა თრომბექტომია ბარდაყის ვენიდან და კროსექტომია, 22 პაციენტთან დამატებით შესრულდა დიდი კანქვეშა ვენის პროქსიმალური სეგმენტის რეზექცია. ჰოსპიტალიზაცია საშუალოდ იყო 2-4 დღე.

ყველა პაციენტს პოსტოპერაციულ პერიოდში, ასევე პაციენტებს, რომლებიც მიეკუთვნებოდნენ ვარიკოთრომბოფლებიტიის გავრცელების I ტიპს და ულტრაბგერითი დუპლექსკენირების მონაცემებით არ აღინიშნებოდა თრომბოზული პროცესის აღმავალი გავრცელების ხასიათი, უტარდებოდათ კომპლექსური კონსერვატიული მკურნალობა: აქტიური რეჟიმი (პოსტოპერაციულად ადრეული გააქტიურება), ელასტიური კომპრესია II კლასის კომპრესიით, დაბალმოლეკულური ჰეპარინი (ფრაქსიპარინი ან კლექსანი) სხეული მასის მიხედვით 10–14 დღის განმავლობაში[4], არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით (ნიმესულიდი 100მგ ყოველ 12სთ-ში) 7 დღის განმავლობაში, ანტიაგრეგანტებით (ასპირინი) 1-3 თვის განმავლობაში, ფლებოტროპული პრეპარატებით (დიოსმინი) 1-3 თვე, ადგილობრივად ცივი კომპრესიები, ჰეპარინის გელი (ლიოტონ 1000). ავადმყოფებს ეძლეოდათ რეკომენდაცია, რომ 14 დღის შემდეგ ჩატარებულიყო რადიკალური ოპ-ერაცია – სტრიპინგ - ფლებექტომია.

ქირურგიული და კონსერვატიული მკურნალობის ეფექტურობის კონტროლი ტარდებოდა პოსტოპერ-აციულად, 1-12 დღის განმავლობაში, ხოლო შემდგომში 1, 3 და 6 თვის შემდეგ, ამასთან ფასდებოდა როგორც ფიზიკალური გასინჯვის, ასევე, ულტრაბგერითი დუპლექსკანირების შედეგები. შორეულ პერიოდში, პაციენტებში, რომლებთანაც არ ჩატარებულა რადიკალური ოპერაცია, ულტრაბგერითი დუპლექსკანირებით ფასდებოდა რეკანალიზაციის, სარქვლოვანი უკმარისობის და პათოლოგიური რეფლუქსის არსებობა ქვედა კიდურების ზედაპირულ ვენურ სისტემაში. **შედეგები და დისკუსია.** 134 პაციენტის ოპერაციული მკურნალობის შე-დეგების განხილვამ გვიჩვენა, რომ ულტრაბგერითი დუპლექსკანირების მონაცემებით, ბარდაყის დონეზე პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაში თრომბის პროქსიმალური ნაწილი სცილდებოდა კლინიკურად გამოვლენილ ნიშნებს. პაციენტებში, რომლებთანაც თრომბოზული პროცესი გავრცელებული იყო ბარდაყის საერთო ვენაში, ყველა შემთხვევაში ოსტიალური სარქველი იყო არაკომპეტენტური. ინტრაოპერაციული გართულებები არ ყოფილა, პოსტოპერაციული გართულებები (ფათე, თრომბოზის გავრცელება ღრმა ვენურ სისტემაში, ლეტალური გამოსავალი) არ დაფიქსირებულა. 62(46,2%) პაციენტს სასწრაფო ოპერაციული ჩარევიდან 1-3 თვის მანძილზე ჩაუტარდა რადიკალური ოპერაცია: სტრიპინგ-ფლებექტომია. პაციენტებიდან, რომლებიც იტარებდნენ კონსერვატიული მკურნალობის კურსს, სტრიპინგ-ფლებექტომია ჩაუტარდა 113(54,3%) პაციენტს. ამ ჯგუფში 4 შემთხვევაში თრომბოზულმა პროცესმა განიცადა აღმავალი განვითარება, რის გამოც დასჭირდათ სასწრაფო ოპერაციული მკურნალობა. პაციენტებში, რომლებმაც შედგომში არ გაიკეთეს სტრიპინგ-ფლებექტომია, 3 – 6 თვის განმავლობაში რეციდიული თრომბოფლებიტი განვითარდა 17 შემთხვევაში. 6 თვის შემდეგ ჩატარებული საკონტროლო ულტრაბგერითი დუპლექსკანირების მონაცემებით პაციენტებს, რომლებიც მკურნალობდნენ კონსერვატიულად, ასევე პაციენტებს, რომელთაც არ ჰქონდათ გაკეთებული რადიკალური ოპერაცია, აღენიშნათ ქრონიკული ვენური დაავადების პროგრესირება. დასკვნის სახით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ დიდი კანქვეშა ვენის მწვავე ვარიკოთრომბოფლებიტიის მკურნალობის ძირითად მიზანს წარმოადგენს: □ თრომბოზის ღრმა ვენურ სისტემაზე გავრცელების აღკვეთა და ფათე-ს პროფილაქტიკა; □ ანთებითი პროცესების კუპირება; □ რეციდიული თრომბოზების პროფილაქტიკა, ანუ თავდაპირველი მიზეზის – ვარიკოზული დაავადების აღმოფხვრა. ამბულატორიულად მკურნალობა დასაშვებია მაშინ, როდესაც თრომბოზული პროცესი ლოკალიზებულია დიდი კანქვეშა ვენის აუზში და არ სცდება წვივის დონეს. ამ შემთხვევაში პროცესის ღრმა ვენურ სისტემაზე გავრცელების რისკი არის მინიმალური და ნაჩვენებია კომპლექსური კონსერვატიული მკურნალობა და დაკვირვება დინამიკაში (აუცილებელია განმეორებითი ულტრაბგერითი დუპლ-ექსკანირება, თრომბის პროქსიმალური საზღვრის დასადგენად და მისი აღმავალი ზრდის გამოსარიცხად). ავადმყოფებს, რომელთაც აღენიშნებათ დიდი კანქვეშა ვენის აღმავალი ვარიკოთრომბოფლებიტი, რომელიც ვრცელდება ბარდაყზე ან განვითარებულია ბარდაყის დონეზე, ესაჭიროებათ სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია სისხლმარღვთა ქირურგიულ განყოფილებაში, რადგან პროცესის ღრმა ვენურ სისტემაზე გავრცელების და ფათე-ს

რისკი მაღალია. ასეთ პაციენტებში ნაჩვენებია სასწრაფო ოპერაციული მკურნალობა, პოსტოპერაციულად კომპლექსური კონსერვატიული მკურნალობა, შემდგომში რადიკალური ოპერაციული მკურნალობა[1,5]. მწვავე აღმავალი ვარიკოთრომბოფლებიტი აუცილებელია განვიხილოთ როგორც სისხლძარღვთა მწვავე ქირურგიული დაავადება, რომელიც საჭიროებს გადაუდებელ ჰოსპიტალიზაციას სისხლძარღვთა ქირურგიულ განყოფილებაში.

ლიტერატურა:

1. Кириенко АИ., Леонтьев С.Г., В.И., Селиверстов Е.И., - Лечение тромбоза в системе нижней полой вены. Как избежать ошибок. Ангиология и сосудистая хирургия. 2007. Т.13,№4.С.99-112
2. Шаталов А,В.Острый варикотромбофлебит-Диагностика и хирургическое лечение-авто-реф.дисс.др-а мед.наук., М.2007
3. Кириенко АИ. Матфшенко А.А, Андрияшкин В.В - Острый тромбофлебит-М. Литерра ,2006.108 с.(Серия “ Опыт клинической практики “)
4. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD004982.
5. Kalný J, Tomášková L, Pažin J. Superficial thrombophlebitis of the lower limbs from the surgeons point of view. Rozhl Chir. 2014 May;93(5):260-2, 264-70. Czech.

Scientific Information

Nonikashvili Z., Khukhunaishvili L.

TACTICS AND METHODS OF TREATMENT OF ACUTE VARICOTROMBOPHLEBITIS

“AMTEL HOSPITAL FIRST CLINICAL” LTD, VASCULAR AND MICROSURGERY DEPARTMENT

Data on 342 patients with acute varicose thrombosis of great saphenous vein. In 134 cases were performed urgent surgical treatment on for high risk of PE. At postoperative period we subjected them to complex conservative therapy: with weight-adjusted LWMH, NSAIDs, Antiaggregants, Diosmin and elastic compression. In 208 cases we performed similar complex conservative therapy. Recurrence thrombophlebitis appeared in 17 cases. We found that in long-term results without radical surgery of vein increased stage of varicose disease by CEAP classification.