



В. А. Прасол, Н. Л. Битчук,
В. И. Троян, И. А. Тарабан,
В. Н. Богдан, А. В. Чинилин,
Ю. А. Гурьев, Г. П. Бабынкина

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
НАМН Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

Резюме. В статье дана количественная оценка распространенности острых и хронических заболеваний системы нижней полой вены за последние 20 лет (1990—2009 гг.) по материалам отделения острых заболеваний сосудов ГУ «ИОНХ НАМНУ».

Представлены непосредственные результаты комплексного лечения этих заболеваний с использованием хирургических, эндоваскулярных и консервативных методов. Анализ полученных данных показал, что комплексное лечение обеспечивает надежную профилактику венозного тромбоэмболизма и его рецидивов, а также адекватную коррекцию нарушений венозного кровотока.

Ключевые слова: венозный тромбоэмболизм, острый тромбоз глубоких вен, острый варикотромбофлебит, тромбоэмболия легочной артерии, посттромбофлебитический синдром, варикозная болезнь, хроническая венозная недостаточность.

Введение

Острые и хронические заболевания системы нижней полой вены имеют высокий удельный вес среди населения большинства стран земного шара [6, 7]. При этом отмечается неуклонный рост частоты венозного тромбоэмболизма особенно после хирургических вмешательств (от 25 до 86% оперированных больных) и угроза развития тромбоза легочной артерии, которая в 20—50% случаев заканчивается летальным исходом [6, 8, 9].

Подтверждением этому служит мнение J. J. Vergan et al. (2006) о том, что научный интерес к проблеме «...заболеваний вен и финансирование исследований, направленных на изучение различных ее аспектов, обратно пропорционально распространенности этой патологии и социально-экономическим затратам» [7].

Важность данной проблемы подтверждена разработкой Украинских и Российских консенсусов по проблеме диагностики и лечения венозной патологии, а также приказом МЗ Украины от 15.06.2007 г. №329. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги з профілактики тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології» [1—5].

Несмотря на большое количество эпидемиологических исследований, нельзя судить об истинном распространении хронических заболеваний вен нижних конечностей из-за больших различий в методологии исследований и ошибок при их планировании. В результате полученные данные невозможно правильно интерпретировать и сопоставлять.

Отделение острых заболеваний сосудов ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» — первое специализированное отде-

ление сосудистого профиля в Украине — имеет 44-летний опыт диагностики и лечения больных с венозной патологией. С 1966 г. в отделении оперируются больные с варикозной болезнью, с 1968 г. выполняются хирургические вмешательства при острых варикотромбофлебитах, острых венозных тромбозах илиофemorального, инфраингвинального сегментов, в 1979 г. проведена первая в г. Харькове операция эмболэктомии из легочной артерии в условиях искусственного кровообращения при массивной тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА).

В настоящее время в отделении пациентам с варикозной болезнью выполняется наряду с оперативными вмешательствами по общепринятым технологиям (Бэбкок—Нарат—Линтон) минифлебэктомия по Мюллеру. При остром тромбозе глубоких вен назначается антикоагулянтная терапия, а при наличии показаний — тромболитическая. Впервые в Украине внедрен в клиническую практику катетер-управляемый тромболитик при проксимальном флеботромбозе нижних конечностей. По показаниям выполняется операция венозной тромбэктомии.

С 2004 г. проблема патологии системы нижней полой вены является темой НИР отделения.

Цель данной работы — дать количественную оценку распространенности острой и хронической сосудистой патологии системы нижней полой вены и представить непосредственные результаты лечения больных за последние 20 лет (1990—2009) по материалам отделения острых заболеваний сосудов ГУ «ИОНХ НАМНУ».

Материалы и методы

В исследование включены данные 5551 больного, находившихся в клинике ИОНХ НАМНУ с 01.01.1990 г. по 31.12.2009 г. по поводу острых



и хронических заболеваний системы нижней поллой вены. При этом группу с острым венозным тромбозом (ОВТЭ) составили 2907 (52,37%) больных, с хронической венозной патологией находилось на лечении 2644 (47,63%) пациента.

Результаты исследования и их обсуждение

Как видно из данных табл. 1, за истекшие 20 лет определяется четкая тенденция возрастания числа больных с венозной патологией, госпитализированных в клинику. Так, при постоянном фонде 60 коек в 1990—1996 гг. количество больных, находившихся на лечении на протяжении года, составляло от 134 до 222, а в 2006—2009 гг. — от 414 до 476.

Следует подчеркнуть, до 2003 г. диагноз острой венозной патологии (ОВП) ставился по клиническим проявлениям заболевания с использованием данных ультразвуковой диагностики (внедрено с 1993 г.), с 2003 г. — только с учетом результатов ультрасонографического (доплерографического) исследования.

Острый венозный тромбоз. Группу острого венозного тромбоза составили больные с острыми тромбозами неизменных поверхностных вен, инфраингвинального и илиофemorального сегментов глубоких вен, нижней поллой вены, с варикотромбофлебитом (ВТФ), с мигрирующим тромбофлебитом и тромбозом легочной артерии.

Как видно из данных табл. 2, среди больных с острыми венозными тромбозами наибольший удельный вес — 39,14% (995) — составили больные с инфраингвинальным тромбозом.

Острый варикотромбофлебит диагностирован у 661 больного, т.е. 26,8%, тромбоз илиофemorального сегмента глубоких вен выявлен у 612 (24,08%) больных; поверхностных неизменных вен — у 226 (8,89%) больных; нижней поллой вены — у 32 (1,26%), мигрирующий тромбофлебит установлен у 16 (0,65%) пациентов.

Частота острых венозных тромбозов у мужчин составила 56,22% (1429) и суммарно превышала данный показатель у женщин (43,78%, 1113) на 12,44%. Этот показатель у мужчин был наивысшим — 62,71% и 62,75% — при остром тромбозе глубоких вен инфраингвинального и илиофemorального сегментов. Тромбоз нижней поллой вены у мужчин выявлен в 19 (59±9%) наблюдениях. Острый варикотромбофлебит преобладал у женщин — 60,97% случаев.

Острые тромбозы развиваются преимущественно у лиц трудоспособного возраста: больные до 60 лет составляют 69,39% (1764), а старше 71 года — лишь в 9,48% (241) случаев.

Острый тромбоз неизменных поверхностных вен чаще встречался у мужчин — 135 наблюдений (59,73%) в возрасте от 41 до 70 лет — 166 наблюдений (73,46%). Сопутствующими заболеваниями

у этой группы больных были новообразования, гипертоническая болезнь, хроническая ИБС, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, ожирение, сахарный диабет. Больным выполнялось оперативное лечение, проводилась антикоагулянтная терапия, все пациенты выписаны с улучшением состояния здоровья (табл. 2).

По поводу варикотромбофлебита из 661 госпитализированного больного 403 (60,97%) составляли женщины. В возрасте до 40 лет варикотромбофлебит развился у больных варикозной болезнью на фоне беременности, заболеваний органов малого таза, органов пищеварения, пиелонефрита, вегетососудистой дистонии. В возрасте старше 40 лет выявлены сахарный диабет, гипертоническая болезнь, хроническая ИБС с нарушениями ритма, заболевания почек, остеохондроз, переломы нижних конечностей, у мужчин — аденома простаты.

Большинству больных с острым варикотромбофлебитом выполнялись оперативные вмешательства, венэктомия в различных модификациях по общепринятым стандартам, проводилась антикоагулянтная терапия. У одного больного течение заболевания осложнилось массивной ТЭЛА, что привело к летальному исходу (2007).

Острый инфраингвинальный венозный тромбоз достоверно чаще (62,71% — 624 больных из 995) возникает у мужчин и поражает лиц трудоспособного возраста (до 60 лет — 71,16% — 708 из 995 больных). В возрасте старше 71 года инфраингвинальные тромбозы диагностированы в 10,6% случаев.

У подавляющего большинства больных (до 90% наблюдений) инфраингвинальный тромбоз выявлен на одной конечности. Двусторонний процесс наблюдался у 87 (8,98%) больных. Учитывая, что УЗ-диагностика стала доступной и достоверной только в последние годы, низкий процент двустороннего поражения может в какой-то мере объясняться тем, что до 2003 г. диагноз ставился преимущественно по клинической картине заболевания, так как несовершенные ультразвуковые исследования, выполненные на аппаратуре первых поколений, были малоинформативны и не всегда могли помочь клиницистам обнаружить латентно протекающий острый тромбоз.

Развитию инфраингвинального острого венозного тромбоза у 72 (7,27%) больных предшествовали оперативные вмешательства, у 198 (19,9%) больных — новообразования различной локализации, гинекологическая патология предшествовала развитию тромбоза у 98 (26,4%)¹ больных, беременность и роды — у 65 (17,52%) пациентов, гипертоническая болезнь — у 149 (14,97%) больных, хроническая ИБС — у 116 (11,66%)

¹ Процентное соотношение высчитывалось от 371 — числа женщин с инфраингвинальным венозным тромбозом.

Количественные данные о больных с патологией сосудов системы нижней полой вены, находившихся на лечении в отделении острых заболеваний сосудов с 1990 по 2009 г.

Таблица 1

Годы	Всего больных	В том числе по нозологиям										ТЭЛА	Варикозная болезнь	Рецидив варикозной болезни	ПТФС	Прочие
		Острые венозные тромбозы					Варикозная болезнь									
		неизмененная поверхность вен	варико-тромбофлебит	инфраинги-нальный сегмент	илиофеморальный сегмент	нижней полой вены	мигрирующий тромбофлебит	варикозная болезнь	варикозная болезнь	варикозная болезнь	варикозная болезнь					
1990	222	5	9	26	34	1	—	52	68	3	24	—				
1991	200	—	10	19	33	3	1	50	56	1	27	—				
1992	170	3	12	35	34	2	—	24	38	3	19	—				
1993	168	3	21	17	23	4	1	27	45	1	25	1				
1994	183	11	12	28	25	—	4	32	45	1	25	—				
1995	153	9	16	23	15	2	—	12	47	3	26	—				
1996	134	3	17	17	18	—	—	12	40	3	24	—				
1997	199	9	20	39	39	—	2	12	43	1	34	—				
1998	228	19	19	55	45	3	—	13	48	—	26	—				
1999	217	12	16	69	35	—	—	11	45	—	22	7				
2000	273	9	33	71	21	1	—	15	85	4	27	7				
2001	279	9	35	82	28	2	—	4	79	2	38	—				
2002	327	12	42	104	36	—	2	11	76	1	32	11				
2003	316	11	27	61	29	—	2	28	118	—	40	—				
2004	296	—	35	81	27	—	—	—	121	—	32	—				
2005	351	21	52	33	34	2	—	10	148	8	43	—				
2006	476	24	59	69	31	2	—	24	200	11	56	—				
2007	414	—	78	44	40	4	—	7	202	5	31	3				
2008	479	52	78	46	32	2	4	7	221	6	27	4				
2009	466	14	70	76	33	4	—	14	219	4	27	5				
ВСЕГО	5551	226	661	995	612	32	16	365	1944	57	605	38				
%	100	4,07	11,91	17,92	11,02	0,58	0,29	6,58	35,02	1,03	10,9	0,69				

Клиническая характеристика больных с венозной патологией системы нижней полой вены, находившихся в клинике с 1990 по 2009 г.

Нозология	Всего больных	Пол		Возраст, лет						Исход	
		Муж.	Жен.	≤ 30	31—40	41—50	51—60	61—70	≥ 71	Выписано	Умерли
Острые венозные тромбозы											
Неизменные поверхностные вены	226 8,89%	135 59,73%	91 40,27%	15 6,64%	27 11,9%	54 23,9%	63 27,88%	49 21,68%	18 7,96%	226 100%	—
Варикотромбофлебит	661 26,0%	258 39,03%	403 60,97%	34 5,14%	97 14,68%	151 22,84%	195 29,5%	150 22,7%	34 5,14%	660 99,85%	1 0,15%
Инфраингинальный сегмент глубоких вен	995 39,14%	624 62,7%	371 37,29%	123 12,36%	136 13,67%	207 20,8%	242 24,32%	182 18,29%	105 10,55%	995 100%	—
Илиофemorальный сегмент глубоких вен	612 24,08%	384 62,75%	228 37,25%	85 13,89%	94 15,36%	100 16,34%	106 17,32%	145 23,69%	82 13,4%	609 100%	3 0,49%
Нижняя полая вена	32 1,26%	19 59±9	13 41±9	4 12±6	3 9±5	11 34±8	5 16±7	7 22±7	2 6±4	31 97±3	1 3±3
Мигрирующий тромбофлебит	16 0,63%	9 56±13	7 43±13	3 19±10	2 12±8	4 25±11	3 19±10	4 25±11	—	16 100±6	—
ВСЕГО острых тромбозов	2542 100%	1429 56,22%	1113 43,78%	264 10,39%	359 14,12%	527 20,73%	614 24,15%	537 21,13%	241 9,48%	2537 99,80%	5 0,2%
ТЭЛА	365 100%	196 53,7%	169 46,3%	9 2,47%	79 21,64%	82 22,47%	91 24,93%	78 21,37%	26 7,12%	273 74,79%	92 25,21%
Варикозная болезнь	1944 100%	753 38,73%	1191 61,27%	339 17,44%	472 24,28%	449 23,1%	456 23,46%	187 9,62%	41 2,11%	1944 100%	—
Рецидив варикозной болезни	57 100%	22 38±6	35 62±6	3 5±3	5 9±4	20 35±6	23 40±7	4 7±4	2 4±3	56 98±3	1 2±3
ПТФС	605	318 52,56%	287 47,44%	37 6,12%	84 13,88%	179 29,57%	149 24,63%	99 16,36%	57 9,42%	605 100%	—
Прочие	38	6 16±6	32 84±6	1 3±3	4 10±5	21 55±8	8 21±7	3 8±4	1 3±3	38 100±3	—
Итого	5551 100%	2724 49,07%	2827 50,93%	653 11,85%	1003 18,07%	1278 23,19%	1341 24,16%	908 16,48%	368 6,63%	5454 98,25%	97 1,75%

больных. При хронической сердечной недостаточности данная локализация острого тромбоза отмечена у 74 (7,44%) больных, около 56 (5,63%) пациентов страдали сахарным диабетом, 52 — заболеваниями опорно-двигательной системы, ожирением — 57. У трети больных при обследовании причина развития ОТГВ инфраингинального сегмента не была установлена.

Лечебная тактика при остром тромбозе глубоких вен инфраингинального сегмента предполагала, в первую очередь, антикоагулянтную терапию в качестве базовой, а также использование компрессионных методик (бинты, трикотаж), противовоспалительных, гемореологически активных средств (реополиглюкин, пентоксифиллин и др.). При выявлении флотирующих тромбов выполнялись оперативные вмешательства для профилактики ТЭЛА, восстановления проходимости сегментов вен, пораженных тромбозом и предотвращения развития тяжелых форм посттромбофлебитической болезни (венозная тромбэктомия).

Все больные с инфраингинальной локализацией тромбоза выписаны с улучшением.

По нашим данным (табл. 2), тромбоз илиофemorального сегмента глубоких вен встречается относительно реже, чем инфраингинальный, со-

ставляя 24,08% (612 больных) среди острых венозных тромбозов. Частота возникновения илиофemorального тромбоза зависела от пола больных: у мужчин — 62,75% (384 больных) и 37,25% (228) — у женщин.

У 20% больных было выявлено двустороннее поражение конечностей. Данная локализация острого тромбоза встречается во всех возрастных группах от ≤30 лет до ≥71 года и выше.

Илиофemorальный тромбоз развивался у больных после хирургических вмешательств, ортопедо-травматологических операций, при новообразованиях различной локализации, в том числе малого таза, акушерской патологии, у беременных и родильниц. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались гипертоническая болезнь, хроническая ИБС, хроническая сердечная недостаточность, заболевания опорно-двигательного аппарата, ожирение. Больные получали антикоагулянтную и по показаниям тромболитическую терапию. Смертельные исходы после консервативной терапии зафиксированы в 3 (0,49%) случаях были вызваны исходно тяжелым соматическим статусом больных.

В 1991 г. у больного, страдающего ревматизмом и гломерулонефритом, состояние осложнилось ве-



нозным тромбозом, а затем у него развилась синяя флегмазия, при этом возникли острые язвы двенадцатиперстной кишки и инсульт. Все это привело к летальному исходу.

В 1992 г. у больной с кортикостеромой и метастазами в парааортальные лимфоузлы развился острый илюофеморальный тромбоз. Больная умерла от интоксикации, вызванной основной патологией.

В 2000 г. больной с острым илюофеморальным тромбозом, развившимся на фоне выраженной сердечной недостаточности, умер при явлениях полиорганной недостаточности.

602 больных с илюофеморальной локализацией острого тромбоза глубоких вен были выписаны с улучшением.

Острый тромбоз нижней полой вены стал причиной госпитализации 32 больных. Из них 19 ($59 \pm 9\%$) — мужчины и 13 ($41 \pm 9\%$) — женщины (табл. 2), 23 ($75 \pm 7\%$) из них были люди трудоспособного возраста. Острый тромбоз нижней полой вены в наших наблюдениях развился у больных с новообразованиями сигмовидной, прямой кишок, почки, забрюшинного пространства. Больным выполнялись тромбэктомии из нижней полой вены, правого предсердия, нефрэктомия, операции на кишечнике, рентгенэндоваскулярные вмешательства, тромболитизис, назначалась антикоагулянтная терапия. С целью профилактики ТЭЛА был имплантирован кава-фильтр. В послеоперационном периоде умер больной (3%) (1998), причина смерти — интоксикация и полиорганная недостаточность, которые развились на фоне рака сигмовидной кишки.

31 ($97 \pm 3\%$) больной, находившийся в отделении по поводу острого тромбоза нижней полой вены, выписан с улучшением.

Мигрирующий тромбофлебит (табл. 2) в наших наблюдениях имел место у 16 больных (0,63% всех острых тромбозов), в том числе у 9 ($56 \pm 13\%$) мужчин и 7 ($43 \pm 13\%$) женщин; в 8 случаях в период госпитализации у пациентов при обследовании были выявлены злокачественные новообразования, четверо больных поступили с уже установленным раком сигмовидной кишки, раком шейки матки, раком легкого, фибромиомой матки.

Таким образом, за 20 лет в отделении находились 2542 больных с острыми тромбозами системы нижней полой вены, 1427 (56,22%) из них составляли мужчины, 1764 (70%) — люди трудоспособного возраста. В отделении выполнялись оперативные вмешательства, проводились тромболитизис, антикоагулянтная, противовоспалительная терапия. Летальность составила 0,2% (5 больных).

Тромбоз легочной артерии была диагностирована у 365 больных, что составило 6,57% всех госпитализированных с венозной патологией и 12,56% больных с ОБТЭ. 53,7% (196) наблюдений составили мужчины, до 70% — люди трудоспособного возраста.

Как правило, ТЭЛА возникала у больных со злокачественными новообразованиями, перитонитом, полиорганной недостаточностью, острыми инфарктами миокарда, с гипертонической болезнью, хронической ИБС, где на фоне гиподинамии, интоксикации развивался острый венозный тромбоз с последующей тромбоэмболией легочной артерии, а также после полостных хирургических вмешательств, операций на крупных суставах, при акушерско-гинекологической патологии.

Этой группе больных наряду с антикоагулянтной и тромболитической терапией выполнялись тромбэктомии из легочной артерии в условиях искусственного кровообращения (выполнено 19 операций), пликация нижней полой вены, ставились кава-фильтры различных модификаций. Несмотря на интенсивную терапию, из 365 больных летальный исход имел место у 92, что составило 25,21%.

Высокая летальность объясняется тем, что до 35% госпитализированных больных доставлялись в клинику в крайне тяжелом состоянии, нередко с развившейся острой правожелудочковой недостаточностью, у которых смерть наступала в первые часы и сутки госпитализации. Это объясняется чрезвычайной сложностью постановки диагноза для врачей практического здравоохранения, что стало причиной поздней госпитализации больных.

Хронические заболевания вен. Больные варикозной болезнью (ВБ) и ее рецидивом — посттромботическим синдромом (ПТФС) — вошли в группу хронической венозной патологии. К «прочим» заболеваниям были отнесены преимущественно больные с варикозным расширением вен малого таза.

Количество больных с варикозной болезнью, находившихся в клинике с 1990 по 2009 г., составило 1944 (35,02%) всех наблюдений, из них 1191 (61,27%) — женщины и 753 (38,73%) — мужчины. В возрасте до 30 лет были 339 (17,44%) пациентов, старше 61 года — 228 (11,72%) больных, т. е. основная масса госпитализированных — лица трудоспособного возраста. Последние годы при обследовании больных данной нозологии врачи стали обращать внимание на наличие фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани, при этом выявилось, что варикозная болезнь у 7—10% больных является одним из проявлений соединительнотканной дисплазии, поэтому они ставятся на учет в генетический центр. Как показали наши наблюдения, возникновению варикозной болезни способствуют беременность, профессиональные вредности, повышенная масса тела, заболевания органов малого таза, органов пищеварения, до 70% больных отмечают наличие варикозной болезни у близких родственников (родители, братья, сестры).

У большинства пациентов варикозная болезнь поражала обе конечности. Последние годы в от-



делении была принята тактика поэтапного оперативного лечения, одномоментная операция — венэктомия на обеих конечностях в последние годы в отделении не практикуется.

По поводу рецидива варикозной болезни оперированы 57 больных, что составило 1,02% всех наших наблюдений; 85,9% (49 больных) из них — лица старше 41 года, практически у всех из них отягощен анамнез — варикозной болезнью страдали ближайшие родственники.

У одной больной, госпитализированной в 2003 г. по поводу рецидива варикозной болезни после операции венэктомии, был диагностирован цирроз печени. И на 5-е сутки гладкого послеоперационного течения у нее развился асцитоперитонит, были выполнены лапаротомия, санация брюшной полости. На вторые сутки после лапаротомии больная умерла от интоксикации.

56 (98±3%) больных, оперированных по поводу рецидива варикозной болезни, выписаны с улучшением.

605 (10,9%) больных находились на лечении по поводу посттромбофлебитического синдрома (ПТФС), 318 (52,56%) из них — мужчины, 287 (47,44%) — женщины. Больные были всех возрастных групп, составляя 29,57% (179 пациентов) в возрасте 41—50 лет и 24,63% (149 пациентов) — с 51 года до 60 лет, т. е. более 50% всех больных с ПТФС находились в возрастной группе от 41 года до 60 лет.

В этой группе практически все больные в прошлом страдали варикозной болезнью, острыми тромбозами поверхностных и глубоких вен, имели профессиональные вредности, способствовавшие развитию венозной гипертензии, что у многих больных привело к развитию тяжелых трофических нарушений мягких тканей в области нижней и средней третей голени.

В отделении развитие тяжелых форм ПТФС расценивается как результат неадекватных и неэффективных лечебных мероприятий, в том числе и хирургических вмешательств при острых венозных тромбозах системы нижней полой вены.

Лечебная тактика при ПТФС включает обязательную компрессионную терапию, применение венотонизирующих и гемореологически активных средств и по показаниям хирургическое лечение, в том числе трофических язв.

Все больные выписаны с улучшением: у них наступало заживление трофических язв в резуль-

тате коррекции регионарной флебогемодинамики и адекватного местного лечения.

Группу «прочие» заболевания составили 38 (0,68%) больных с расширением вен малого таза, до 76±7% (29 больных) были лица в возрасте от 41 года до 60 лет, 84±6% (32 больных) — женщины.

Лечение включало рентгенэндоваскулярную эмболизацию варикозно измененных вен малого таза, оперативное лечение гинекологической патологии, антикоагулянтную, тромболитическую терапию.

С 2003 г. в отделении острых заболеваний сосудов кардинально изменился подход к обследованию, лечению больных с венозной патологией — теперь диагноз ставится только после выполнения УЗИ, по показаниям — в сочетании с рентгенконтрастной флебографией, ангиопульмонографией, компьютерной томографией. Наряду с этим, в анкетах-вкладышах в истории болезни врачи детально фиксируют данные анамнеза, сопутствующую патологию, наличие фенотипических проявлений соединительнотканной дисплазии, результаты обследования, особенности течения заболевания, эффективность лечебно-профилактических мероприятий, результаты лечения при выписке из стационара, ведут в дальнейшем мониторинг состояния больных.

Выводы

Суммируя представленные данные за 20 лет работы отделения, можно сделать следующие выводы.

1. Количество больных с венозной патологией имеет тенденцию к возрастанию.

2. Варикозная болезнь на 22% чаще встречается у лиц женского пола, а острые венозные тромбозы на 13% — у мужчин.

3. Зачастую острые венозные тромбозы становятся первым проявлением онкологической патологии — причины их возникновения.

4. Патология сосудов системы нижней полой вены встречается во всех возрастных группах ≤30 лет и старше 71 года с юношеского до старческого возраста.

5. Анализ результатов лечения острой и хронической венозной патологий с применением хирургических, эндоваскулярных и консервативных методов свидетельствует, что комплексный подход обеспечивает надежную профилактику венозного тромбоземболизма и его рецидивов и адекватную коррекцию нарушений венозного кровотока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наказ МОЗ України від 15.06.2007 р. № 329 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги з профілактики тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології».

2. Российский консенсус «Профилактика послеоперационных венозных тромбоземболических осложне-

ний». Принят Ассоциацией флебологов России 28 января 2000 г. — М., 2000. — 20 с.

3. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. Документ, согласованный экспертами 29 июня 2009 г., г. Самара // Флебология. — 2009. — Т.3, №2. — С. 48—93.



4. *Український консенсус із лікування пацієнтів із варикозною хворобою нижніх кінцівок*. Асоціація судинних хірургів України, Асоціація кардіологів, судинних та серцевих хірургів м. Києва. — К., 2005. — 20 с.

5. *Український національний консенсус*. Артеріальні, венозні тромбози та тромбоемболії. Профілактика та лікування. — К.: Віпол, 2006. — 72 с.

6. *Флебология* — важнейшая проблема ангиологии и сосудистой хирургии / В. С. Савельев, А. И. Кириенко, А. А. Матюшенко, В. Ю. Богачев // Вестник РАМН. — 2003. — № 11. — С. 16—20.

7. *Bergan J.J. Chronic venous disease* / J.J. Bergan, G.W. Schmid-Schonbein, P.D. Coleridge Smith // N.Engl.J.Med. — 2006. — N355. — P. 488—498.

8. *Naes I.A. Incidence and mortality of venous thrombosis: a population-based study* / I.A. Naes, S.C. Christiansen, P. Romundstad // J Thromb Haemost. — 2007. — Vol. 5 — P. 692—699

9. *Schellong S. Venous Thromboembolism* / S. Schellong, H. Bounameaux, H. Buller // In: The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine; ed. A. Camm, Th. Luscher, P. Seruys. — Blackwell Publishing, 2006. — P. 1067—1092.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

*В. А. Прасол, Н. Л. Бітчук,
В. І. Троян, І. А. Тарабан,
В. М. Богдан, А. В. Чінілін,
Ю. А. Гур'єв, Г. П. Бабинкіна*

Резюме. У роботі надано кількісну оцінку розповсюдження гострих та хронічних захворювань системи нижньої порожнистої вени за останні 20 років (1990—2009 рр.) за матеріалами відділення гострих захворювань судин ДУ «ІЗНХ НАМНУ».

Подано безпосередні результати комплексного лікування цих захворювань із використанням хірургічних, ендоваскулярних та консервативних методів. Аналіз отриманих даних дозволив дійти висновку, що комплексне лікування надає надійну профілактику венозного тромбоемболізму та його рецидивів, а також адекватну корекцію порушень венозного кровотоку.

Ключові слова: *венозний тромбоемболізм, гострий тромбоз глибоких вен, гострий варикотромбофлебіт, тромбоемболія легеневої артерії, посттромбофлебітичний синдром, варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність.*

EXPERIENCE IN TREATING PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC DISEASES OF THE INFERIOR VENA CAVA

*V. A. Prasol, N. L. Bitchuk,
V. I. Troyan, I. A. Taraban,
V. N. Bogdan, A. V. Chinilin,
Yu. A. Guriev, G. P. Babynkina*

Summary. The article provides a quantitative estimation of the prevalence of acute and chronic diseases of the inferior vena cava in the last 20 years (1990—2009.) according to the materials of the acute vascular disease department of GI «IGUS NAMSU». Submitted directly to the results of a comprehensive treatment of these diseases with the use of surgical, endovascular, and conservative methods. Analysis of the data showed that combined treatment provides a reliable prevention of venous thromboembolism and its recurrence, as well as an adequate correction of venous blood flow.

Key words: *venous thromboembolism, acute deep vein thrombosis, acute varicothrombophlebitis, pulmonary embolism, post-thrombophlebitic syndrome, varicose disease, chronic venous insufficiency.*