

УДК 616.151.5:616.14-089

ГУПАЛО Ю.М., ШВЕД О.Є., ЛАЗАРЕНКО О.М., ШАМРАЙ-САС А.В., НАБОЛОТНИЙ О.І., БОНДАР С.Є.
Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, Київська міська клінічна лікарня № 1, м. Київ

ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН. ТАКТИКА ТА СТРАТЕГІЯ

Вступ

Основною причиною тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) вважається тромбоз глибоких вен (ТГВ), що є основним фактором у механізмі розвитку постфлебітичного синдрому (ПТФС) і часто призводить до набряку, хронічного болю, розвитку трофічних змін м'яких тканин нижніх кінцівок аж до появи трофічних виразок, що призводить до інвалідації пацієнтів [2, 3, 5, 6]. Частота ТГВ за даними ВООЗ становить 160 спостережень на 100 тисяч населення, а фатальні ускладнення тромбозу у вигляді ТЕЛА становлять 50 спостережень на 100 тисяч населення. У запобіганні ТЕЛА постановка қава-фільтру протипоказана, за винятком деяких станів.

Серед причин виникнення ТГВ нижніх кінцівок мало уваги приділяється проблемі синдрому Мея — Тернера, який часто недооцінюють як фактор виникнення тромбозів глибоких вен нижніх кінцівок [11].

Не до кінця вивченими залишаються можливості ультразвукового дуплексного сканування судин (УЗДС) як найменш інвазивного, порівняно дешевого та мобільного методу діагностики [1, 4–6, 9].

До теперішнього часу розглядаються три підходи до лікування ТГВ: оперативний, консервативний та тромболітичний [1, 4–6, 8–10]. З розвитком ангіографії та ендovasкулярної хірургії стали можливими малоінвазивні оперативні втручання з попередження та лікування ілеофemorального тромбозу шляхом стентування венозними стент-системами [11].

Мета

Провести аналіз результатів оперативного та консервативного лікування ТГВ та порівняти особливості перебігу посттромбофлебітичного синдрому при різних методах лікування.

Матеріали та методи

Під спостереженням знаходились 153 пацієнти: 99 (64,7 %) жінок та 54 (35,3 %) чоловіки, вік становив 48 ± 12 років. Перед початком лікування тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії виявлена у 32 (29,9 %) спостереженнях.

Оперативні втручання з приводу флотуючого тромбу стегнової вени (СВ) виконані в 61 спостереженні: видалення флотуючої головки тромбу та

перев'язка СВ нижче впадіння глибокої вени стегна — у 39 (63,9 %) спостереженнях, видалення флотуючої головки без перев'язки СВ — у 22 (36,1 %). Консервативне лікування застосовували у 92 пацієнтів, з них системний тромболітичний препарат провели 36 особам (39,1 %).

Обстеження пацієнтів проводили за допомогою програмованого етапного ультразвукового дуплексного сканування, під час якого вивчали характер ураження венозної системи до початку лікування та особливості перебігу процесів реканалізації, процеси формування патологічного рефлюксу, характеристики шляхів відтоку крові та вимірювали товщину підшкірної жирової клітковини на стегні і гомілці в процесі перебігу ПТФС. УЗДС виконували за допомогою УЗ-сканерів Pro-focus фірми В-К Medical (Данія) та М5 фірми Mindray (Китай). Упродовж спостереження вимірювали окружність нижніх кінцівок на рівні середньої третини стегна, максимальну окружність гомілки та окружність дистального відділу гомілки над кісточками.

Клінічні прояви поділили на три ступені виникнення симптомів хронічної венозної недостатності (ХВН): легкий ступінь ХВН (відсутність трофічних змін шкіри, поява набряку після фізичної активності), середній ступінь ХВН (відсутність трофічних змін шкіри, постійно виражений набряк), тяжкий ступінь ХВН (наявність трофічних змін шкіри, постійно виражений набряк).

Обстеження пацієнтів проводили через кожні 6 ± 2 міс. Термін спостереження становив 2 роки $\pm 2,7$ міс. у 75 пацієнтів, 5 років $\pm 7,4$ міс. — у 54, 7 років $\pm 9,5$ міс. — у 24 хворих.

Результати та обговорення

У перші два роки спостереження (2 роки $\pm 2,7$ міс.) у пацієнтів після оперативного лікування (І група) легкий ступінь ХВН відмічений у 52 (85,2 %) спостереженнях, середній ступінь ХВН — у 9 (14,8 %), тяжкий ступінь ХВН не спостерігали. При контрольному УЗДС, через 2 місяці спостереження, функція клапанного апарату поверхневої стегнової вени збережена у 22 (36 %) пацієнтів, що

© Гупало Ю.М., Швед О.Є., Лазаренко О.М., Шамрай-Сас А.В., Наболотний О.І., Бондар С.Є., 2013
© «Медицина невідкладних станів», 2013
© Заславський О.Ю., 2013

пов'язуємо з ранніми термінами виконаної повної тромбектомії (5-та — 7-ма доба від початку захворювання). У двох пацієнтів при виконанні тромбектомії з лівої клубової вени не вдалося пройти в нижню порожнисту вену, що розцінено як синдром Мея — Тернера (операція доповнена накладанням надлобкового шунта).

Серед пацієнтів, яким проводили консервативне лікування (II група), — легкий ступінь ХВН відмічений у 22 (39,2 %) спостереженнях, середній ступінь ХВН — у 12 (21,4 %), тяжкий ступінь ХВН — у 12 (21,4 %). Незадовільні результати прямо викликані пізніми строками початку лікування й неможливістю виконання більш радикальних втручань.

У пацієнтів, яким проводили тромболізис (III група), легкий ступінь ХВН відмічений у 28 (77,8 %) спостереженнях, середній ступінь ХВН — у 8 (22,2 %), тяжкий ступінь ХВН не спостерігали. Через 2 місяці спостереження функція клапанного апарату поверхневої стегнової вени збережена у 20 (55,6 %) пацієнтів, проте виявлені посттромбофлебичні зміни сегментів глибокої вени стегна, гомілкових та суральних вен, що суттєво не впливали на флебогемодинаміку.

До кінця 5-го року спостереження регулярно з'являлись на повторні огляди 54 пацієнти, з них із I групи — 1 хворий, у якого виникла трофічна виразка на гомілці, що потребувала повторного оперативного лікування (операція Кокетта), 13 пацієнтам II групи виконані реконструктивні операції на глибоких венах (транспозиція вени з клапанами — 7 (53,8 %), операція Пальма — 3 (23,1 %), операція Хюсн — 3 (23,1 %).

Всі пацієнти отримували комплексне лікування ХВН, що включало компресійну терапію, венотоніки, антикоагулянти, пневмопрестерапію.

Висновки

1. Оперативне лікування та тромболізис, виконані в ранні строки гострого венозного тромбозу, дозволяють запобігти розвитку ПТФС.

2. Консервативне лікування та рання реабілітація дозволяють зменшити ступінь ХВН.

3. Реконструктивні операції на глибоких венах дозволяють знизити прояви ХВН та покращити флебогемодинаміку.

Список літератури

1. Akesson H., Brudin L., Dahlstrom J.A., Eklof B., Ohlin P., Plate G. Venous function assessed during a 5-year period after acute ilio-femoral venous thrombosis treated with anticoagulation // *Eur. J. Vasc. Surg.* — 1990. — 4. — P. 43-48.
2. Prandoni P., Lensing Cuppini A.W., Villalta S., Carta M. et al. The long term clinical course of acute deep venous thrombosis // *Ann. Intern. Med.* — 125, A. Cogo, S. (1996), pp. 1-7.
3. Sarinen J., Sisto T., Larikka J., Salenius J.-P., Tarkka M. Late sequelae of acute deep venous thrombosis: Evaluation five to ten years later // *Phlebology.* — 1995. — 10. — P. 106-109.
4. Janssen M.C., Haenen J.H., van Asten W.M., Wollersheim H., Heijstraten F.M. and M.J. de Rooij et al., Clinical and hemodynamic sequelae of deep venous thrombosis: Retrospective evaluation after 7-13 years // *Clin. Sci.* — 1997. — 93. — P. 7-12.
5. Meissner M.H., Strandness D.E., Jr. The natural history of acute deep venous thrombosis // *Handbook of venous disorders / Gloviczki P., James S.T.Y. editors.* — 1st ed. — London: Chapman and Hall, 1996.
6. Semba C.P., Dake M.D. Iliofemoral deep venous thrombosis: Aggressive therapy with catheter-directed thrombolysis // *Radiology.* — 1994. — P. 487-494.
7. Elsharawy M., Elzayat E. Early results of thrombolysis vs anticoagulation in iliofemoral venous thrombosis. A randomised clinical study // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* — 2002. — 24. — P. 209-214.
8. Comerota A.J., Venous thromboembolism // *Vascular surgery / R.B. Rutherford, Editor.* — USA: W.B. Saunders Company, 1995.
9. Cho J., Martinello E., Mozes G., Miller V.M., Gloviczki P. Effects of thrombolysis and venous thrombectomy on valvular competence, thrombogenicity, venous wall morphology and function // *J. Vasc. Surg.* — 1998. — 28. — P. 787-799.
10. Comerota A.J., Thom R.C., Mthias S.D., Haughton S., Mewissen M. Catheter-directed thrombolysis for iliofemoral deep venous thrombosis improves quality of life // *J. Vasc. Surg.* — 2000. — 32(1). — P. 130-137.
11. Akers D.L., Markowitz I.M., Kerstein M.D. Iliac vein bypass with autogenous saphenous vein for iliac vein compression syndrome // *Am. Surg.* — 1987. — 53. — P. 675-678.

Отримано 20.01.13 □