

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ВЕНОЗНОМУ ТРОМБОЗІ КЛУБОВО-СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕНЕСЕНОЮ САФЕНЕКТОМІЄЮ

Венгер І. К., Костів С. Я., Беденюк А. Д., Чорненський М. В., Ненашко І. А.

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

В роботі розглянуто особливості оперативного лікування тромбозу глибоких вен у пацієнтів, що перенесли сафенектомію. На основі ультрасонографічних критеріїв емболонебезпечності тромбу проведено оперативне лікування вказаних пацієнтів за запропонованою методикою із послідуємим тромболізісом.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен, сафенектомія, тромбектомія, тромболізіс

У сучасній флебологічній практиці проблема венозних тромбоемболічних ускладнень займає одне з перших місць за рахунок значної поширеності патології серед населення: частота тромбозу глибоких вен (ТГВ) щорічно складає близько 160 випадків на 100000 населення, близько 30% хворих помирають протягом місяця, у 20% пацієнтів протягом 2 років розвивається рецидив захворювання [8, 5, 3]. Частота фатальної тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), за даними ряду авторів [4, 1, 6] складає 60 випадків на 100000 населення. Близько 80% (за даними аутопсій) ТГВ і ТЕЛА залишаються не розпізнаними, навіть якщо і останні є безпосередньою причиною смерті [2].

Медикаментозна терапія ТГВ є основою комплексного лікування і в загальних рисах не викликає сумнівів, в той же час проблема оперативного лікування ТГВ [7] та інтраопераційна профілактика ТЕЛА залишається дискусійним питанням.

Мета роботи. Розробити оптимальний об'єм дезобструкції венозного русла з інтраопераційним попередженням розвитку ТЕЛА при клубово-стегно-підколінному тромбозі.

Матеріали та методи

У дослідження включено 24 пацієнти із тромбозом в системі нижньої порожнистої вени (клубово-стегно-підколінний сегмент), що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні судинної хірургії Тернопільської університетської лікарні. Всім пацієнтам від 2,9 до 7,4 роки тому була проведена операція сафенектомія: у 19 спостереженнях з приводу варикозної хвороби, а в 5 – гострого варикотромбофлебиту. Діагноз венозного тромбозу (клубово-стегно-підколінний сегмент) був підтверджений сонографічним методом. Клініко-анамнестично тривалість

симптомів тромботичного процесу в системі нижньої порожнистої вени не перевищувала 84 години. Найчастіше (15 спостережень) пацієнти поступали у відділення на протязі третьої доби.

Результати та їх обговорення

У більшості частини хворих (22 пацієнтів (91,7%)) формування тромбу відмічалось зліва. При аналізі локалізації та поширеності тромботичного процесу в системі нижньої порожнистої вени встановлено, що найчастіше діагностували поширені його форми: стегно-підколінно-гомількова – 17(70,83%) спостережень та клубово-стегно-підколінно-гомількова локалізації – 7(29,17%) спостережень.

При проведенні ультразвукового обстеження емболонебезпечними венозними тромбами вважали тромби із флотацією в загальній стегновій вені і дистальний відділ зовнішньої клубової вени довжиною 3 см і більше (5 спостережень). Рідше діагностовано флотацією в загальній клубовій вені на рівні внутрішньої клубової вени та вище (два спостереження) з вираженою рухомістю флотуючої частини тромба, гіпо- та ізогенною структурою тромба.

В 4 спостереженнях при проведенні ультразвукового обстеження встановлено ознаки емболонебезпечного тромботичного процесу, який характеризувався відсутністю зв'язку між проксимальним сегментом тромба та внутрішньою стінкою вени на протязі 3,0–3,5 см, гіпо- та ізогенну структуру тромботичних мас.

Вказаній групі пацієнтів (11 спостережень) проведено оперативне втручання. Останнє здійснювали наступним чином: через гирло великої підшкірної вени контрлатеральної нижньої кінцівки в проксималь-

ному напрямку проводиться зонд із двома балонами. Дистальний з них блокує відтік крові по загальній клубовій вені з метою попередження перетоку крові на контрлатеральну клубову систему, а проксимальний блокує крововідтік на рівні початкового сегменту нижньої порожнистої вени для попередження міграції тромбів при тромбектомії з контрлатеральної кінцівки. Через венотомічний розріз загальної стегнової вени тромбованої вени здійснюється тромбектомія, видалення флотуючого тромба до нижнього рівня гирла глибокої вен стегна, при необхідності проводячи її дезоблітерацію. Для тромбектомії застосовували зонд Фогарті. Після тромбектомії через венотомічний отвір у проксиманому напрямку вводиться зонтоподібний тромбовловлювач, що встановлюється на рівні зовнішньої клубової вени (Патент України на корисну модель № 61801). Після вказаних вище маніпуляцій видалювався блокуючий зонд із контрлатеральної кінцівки.

Після вище наведених маніпуляцій вказаній групі пацієнтам проводили регіонарний тромболізис із застосуванням препарату стрептокіназа. Під місцевою анестезією 1% розчином лідокаїну виділяли одну із задніх великогомілкових вен. Останню катетеризували і під контролем УЗД проводили до проксимальної границі тромботичного процесу. Початкову дозу стрептокінази (250000 МО у 10 мл фізіологічного розчину) вводили безпосередньо в тромботичні маси. Потім катетер розміщували на 2–3 см нижче проксимальної межі тромба та налаштовували інфузію стрептокінази у дозі 100000 МО на год. Ефективність оцінювали використовуючи ультразвукове обстеження венозного русла ураженої нижньої кінцівки, зміщу-

ючи в дистальному напрямі кінчик катетера. Повний лізис тромба вдалось досягти у 9(81,8%) пацієнтів з 11 оперованих. Катетер для тромболізу видалювали на 36–40 год після початку процедури, а зонтоподібний тромбовловлювач – на 5–6 добу.

У 13 пацієнтів із локалізацією тромба у стегно-підколінно-гомільковому сегменті без ознак емболонебезпеки проводили тромболітичну терапію з попередньою постановкою зонтоподібного тромбовловлювача у зовнішню клубову вену. Повний лізис тромба у вказаній групі лікованих осіб вдалось досягти у 10(76,9 %) пацієнтів з 13.

Під неповним лізисом тромба вважали залишення тромботичних мас на рівні гомількових вен. Потрібно відмітити, що це відбувається у некатетерезованих для тромболізу венах.

Після підтвердження регресу тромботичного процесу проводили стандартну антикоагулянтну терапію до досягнення рівня МНО 2,0–3,0 та наступним призначенням варфарину у відповідній дозі.

Висновки

У пацієнтів із проведеною в анамнезі сафенектомією відмічено швидке (до 72 год) формування стегно-підколінно-гомількового тромба з високим рівнем (45,8%) емболонебезпеки.

Використання ультрасонографічних критеріїв ембологенності тромботичного процесу у пацієнтів із тромбозом у системі нижньої порожнистої вени дозволяє попередити розвиток ТЕЛА шляхом проведення тромбектомії емболонебезпечного сегмента тромба і наступним тромболізисом стегно-підколінно-гомількового тромба.

Література

1. Enoch S., Blair S. D. Exclusion of deep vein thrombosis by measuring spotskin temperatures using a handheld thermo-comparator. *Phlebology* 2003;18:4:187–191.
2. Feied C. F. Pulmonary embolism. In: *Emergency Medicine Principles and Practice*. Eds. P. Rosen, R.M. Barkin. 4th ed. St Louis Mo: Mosby 1998;3:Chapter 111.
3. Geerts W. H., Pineo G. F., Heit J. A. et al. Prevention of venous thromboembolism. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombotic Therapy. *Chest* 2004;126:338–400.
4. Sinha I., Galland R. B. Audit of venous thromboembolic prophylaxis in emergency general surgical admissions. *Phlebology* 2006;21:2:70–73.
5. Sillesen H., Just S., Jorgensen M., B. kgaard N. Catheter directed thrombolysis for treatment of ilio-femoral deep venous thrombosis is durable, preserves venous valve function and may prevent chronic venous insufficiency. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;30:556–562.
6. Варданян А. В. Послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения – реальная опасность и современные методы профилактики. *Ангиол и сос хир.* 2008;14:1:67–72.
7. В. І. Русин, Ю. А. Левчак, П. О. Болдіжар Хірургічне лікування пацієнтів з венозними тромбозами стегно-клубової локалізації Хірургія України. – 2009. – № 2. – С. 19–23.
8. Шевченко Ю. Л. (ред.). Диагностика и лечение тромбоза глубоких вен нижних конечностей: учебно-методические рекомендации. М 2006;24.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ САФЕНЭКТОМИИ

*Венгер И. К., Костив С. Я., Беденюк А. Д., Чорненький М. В., Ненашко И. А.
Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Я. Горбачевского*

В работе рассмотрены особенности оперативного лечения тромбоза глубоких вен у пациентов, перенесших сафенэктомию. На основе ультрасонографических критериев эмболоопасности тромба проведено оперативное лечение указанных пациентов по предложенной методике с последующим тромболилизом.

THERAPEUTIC TACTICS AT VENOUS THROMBOSIS ILIAC-HIPS-POPLITEAL SEGMENT IN PATIENTS AFTER SAPHENECTOMY

*Venger I. K., Kostiv S. Ya., Bedenuk A. D., Chornenkiy M. V., Nenashko I. A.
Ternopil state medical university by I. Ya. Horbachevskiy*

Summary: Discusses the features of surgical treatment the deep vein thrombosis in patients undergoing saphenectomy. Based on ultrasonographic criteria embolodangerous thrombus performed surgical treatment of these patients by the proposed method with subsequent thrombolysis.

Key words: deep vein thrombosis, saphenectomy, thrombectomy, thrombolysis.