УДК 616.14-002:616-07

Косинський О.В., Снісар А.В., Бузмаков Д.Л., Волицька Н.В.

Сучасні аспекти клініко-експертної діагностики інвалідизуючих форм венозних тромбозів і післятромботичної хвороби нижніх кінцівок

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме. У роботі представлені результати клініко-експертного обстеження 220 хворих і інвалідів внаслідок тромбозу глибоких вен (ТГВ) та післятромботичної хвороби (ПТХ) нижніх кінцівок. Проведено оцінку клініко-експертної діагностики хворих на дану патологію. Запропонована вдосконалена клініко-експертна діагностика дозволяє проводити цілеспрямовану комплексну медичну реабілітацію, що покращить результати відновного лікування хворих на дану патологію.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен, післятромботична хвороба, діагностика, експертиза.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Медична реабілітація хворих на ТГВ є однією з актуальних проблем сучасної флебології [1,4]. Відсутність адекватного лікування ТГВ у осіб працездатного віку призводить до інвалідизуючих післятромботичних ускладнень через 3 роки в 35-70% випадків, а через 5-10 років у 49-95% хворих [5,6]. Медико-соціальна реабілітація інвалідів ґрунтується на поглибленому клініко-експертному обстеженні із встановленням патогенетичних особливостей розвитку захворювання та визначення ступеня функціональних порушень [2]. Впровадження сучасних методів діагностики та лікування ТГВ його наслідків зумовлює потребу вдосконалення існуючих підходів щодо діагностичного обсягу у хворих та інвалідів внаслідок даної патології [3].

Мета дослідження: удосконалення алгоритму клініко-експертної діагностики інвалідизуючих форм тромбозів глибоких вен і післятромботичної хвороби шляхом визначення патогенетичних особливостей ураження венозної системи нижніх кінцівок.

Матеріал і методи дослідження

Робота базується на результатах обстеження 220 хворих та інвалідів внаслідок ТГВ і ПТХ. Проведений ретроспективний аналіз даних медико-експертної документації 130 інвалідів внаслідок ТГВ і ПТХ, оглянутих медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) в 2010-2011 роках. У структурі патології, що призводила до обмеження життєдіяльності, ТГВ складав 14,5%, ПТХ - 85,5% хворих. Вік обстежених коливався в межах від 23 до 79 років. При первинному огляді МСЕК I група інвалідності була встановлена 1 хворому (0,45%), II – 47 (21,4%), III – 105 (47,7%), інвалідами не визнані 12 осіб (5,45%). В 55 (25%) випадках тромботичне ураження глибоких вен нижніх кінцівок та його наслідки призводили до обмеження життєдіяльності хворих, але вони не зверталися до МСЕК з цього приводу. Поряд із стандартною комплексною клініко-експертною діагностикою досліджувався рівень Д-димеру (ДД), антитромбіну-III (АТ-III), протеїну С та гомоцистеїну і вовчаночного антикоагулянту на автоматичному аналізаторі «Cobas Integra 400 plus, Roshe, 2009» в системному та регіонарному кровотоках. Ультразвукове дуплексне ангіосканування (УЗДАС) венозної системи нижніх кінцівок проведено на апараті HDI 1500 фірми ATL (США) конвексним та лінійним датчиками.

Статистичний аналіз отриманих даних проводився із застосуванням пакетів EXCEL 2007 та STATISTICA 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення

Ретроспективній аналіз медико-експертної документації встановив, що у 125 (96,15%) хворих на ПТХ при первинному огляді на МСЕК реовазографія нижніх кінцівок була виконана в 5 (10,8%) випадках, УЗДАС венозної системи – в 64 (49,2%), флебографія – в 1 (0,8%). Визначення ДД, АТ-III, маркерів тромбофілії не проведено в жодному випадку. УЗДАС венозної системи було проведено у всіх 5 (3,8%) хворих на ТГВ, визначення ДД, АТ-III, маркерів тромбофілії – в 1 (20%) випадку.

Проспективно обстежено 27 хворих на ТГВ і 63 пацієнти з ПТХ із використанням вдосконаленої клініко-експертної діагностики, що включала інтегральну оцінку стану системи гемостазу, характеру і особливостей ураження вен нижніх кінцівок.

Показники ДД достовірно не відрізнялися при гострому та підгострому тромбозі ($p>0,05$). Співвідношення концентрації ДД в системному та регіонарному кровотоках у 13 пацієнтів визначалося у межах 0,95-1,05од, що свідчило про достатню активність системи фібринолізу. В 2 випадках – вище 1,05 од, це вказувало на недостатність фібринолітичної активності на регіонарному рівні. У 7 хворих співвідношення рівнів ДД було нижче за 0,95 од, що свідчило про недостатність фібринолізу на системному рівні.

При наростанні важкості ступеня ХВН спостерігалося достовірне збільшення ДД при ХВН II і III ст. як в системному, так і регіонарному кровотоці ($p<0,05$). При оклюзії глибоких вен встановлено підвищення рівню ДД та достовірна різниця у рівнях ДД в регіонарному кровотоці у хворих з оклюзією та реканалізацією глибоких вен ($p<0,05$).

При ТГВ (n=12) не виявлено вірогідної різниці показників АТ-III в загальному та регіонарному кровоплині в залежності від тривалості тромбозу. При визначенні рівня АТ-III в системному кровоплині і розрахунку його співвідношення з регіонарним більше за 1,0 (n=8) призначали лікування згідно стандартної схеми. При співвідношенні менше за 1,0 (n=4) вважали за необхідне включити у лікування регіонарну тромболітичну терапію.

Активність АТ-III у системному та регіонарному кровотоці вивчена у 38 хворих на ПТХ. Рівень АТ-III в межах 80-120% встановлено у 17 (44,7%) хворих, підвищення активності АТ-III – у 14 (36,8%), дефіцит АТ-III – у 7 (18,5%) пацієнтів. Визначена достовірна перевага активності АТ-III у регіонарному кровотоці при ХВН III ст., ніж у хворих із ХВН I ст. ($p<0,05$).

Тромбофілічні стани є одним з патогенетичних чинників розвитку ТГВ. Так, в 1,1% випадків виявлено зниження рівня протеїну С, у 4,4% – гіпергомоцистеїнемія.

Сонографічна картина венозного тромбозу у 74 % випадках характеризувалася переважним ураженням декількох венозних сегментів. Ізольований тромбоз одного сегменту був лише в 7 (26%) випадках. Ознаки часткової реканалізації виявлені у 11 (40,7%) хворих на підгострий тромбоз. Тромботичне ураження підшкірних вен виявлено у 5 (18,5%) хворих на ТГВ, а неспроможність перфорантних вен гомілки на стороні ураження – у 14,8%.

Серед хворих на ПТХ у 39 (62%) випадках встановлено ХВН I-II ст., у 24 (38%) – ХВН III ст. Ознаки тромботичної оклюзії діагностовано у 21 (33,3%) хворих, а тотальної та субтотальної реканалізації глибоких вен – у 22 (35%). У 17 (27%) хворих виявлено ретроградний кровоток в інтактних глибоких венах із рефлюксом 3 ст. (за Kistner R.L.) дистальніше ураженого сегменту. Неспроможність перфорантних вен стегна і гомілки та клапанів великої підшкірної вени встановлена в 44 (70%) хворих із ХВН III ст. та 23 (36,5%) випадках при ХВН I-II ст. Неспроможність клапанів малої підшкірної вени виявлена у 14 (22,2%) пацієнтів. Ознаки перенесеного гострого тромбофлебіту поверхневих вен виявлені у 6 (9,5%) хворих, у 11 (17,5%) обстежених в анамнезі мала місце венектомія великої та малої підшкірних вен.

У 11 (12,2%) хворих на ПТХ на попередніх етапах лікування був імплантований постійний кава-фільтр в інфраренальний відділ нижньої порожнистої вени. Тромбоз кава-фільтру виявлено в 7 (63,6%) випадках. Двобічне ураження глибокої венозної системи нижніх кінцівок мали 18 (28,6%) хворих. Наявність варикозної хвороби контралатеральної кінцівки у 27% обстежених з однобічними наслідками перенесеного ТГВ суттєво впливало на обмеження здатності до пересування та опори.

При порівнянні сонографічних ознак ураження глибоких

вен нижніх кінцівок при ПТХ за терміном з моменту перенесеного тромбозу визначено, що із збільшенням часу з моменту тромбозу кількість випадків реканалізації глибоких вен збільшується. При вивчені зв'язку сонографічних ознак тромботичного ураження глибоких вен нижніх кінцівок із ступенем тяжкості ХВН вірогідної залежності не встановлено ($p<0,05$). У 6 (25%) хворих із ХВН III ст. визначена оклюзія глибоких вен, у 7 (29,2%) - тотально-субтотальна реканалізація, а у хворих з ХВН I та II ст. – у 15 (38,5%) випадках. Однак, у осіб із трофічними виразками, на противагу хворим з ХВН I-II ст., переважала частота поєднання неспроможності клапанів перфорантних та магістральних підшкірних вен ураженої кінцівки (18 (75%) та 19 (48,7%), відповідно ($p>0,05$).

Висновки

1. Клініко-експертна діагностика хворих та інвалідів внаслідок тромбозу глибоких вен і післятромботичної хвороби повинна включати оцінку стану систем згортання та протизгортання, дослідження рівня Д-димеру і антитромбіну-III із розрахунком їх співвідношення, визначення характеру та розповсюдженості ураження венозної системи нижніх кінцівок за даними дуплексного ангіосканування, що дозволить оптимізувати патогенетично обгрунтовану програму медичної реабілітації цих хворих.

2. У хворих на тромбоз глибоких вен та післятромботичну хворобу з тяжкими формами хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок активується система гемостазу на регіонарному рівні, що свідчить про високий ризик венозного тромбоемболізму.

Перспективою подальших досліджень є вивчення динаміки показників системи згортання та протизгортання на тлі цілеспрямованої терапії.

Література

1. Венозные тромбозы нижних конечностей. Возможно ли решение проблемы сегодня? / Л.М. Чернуха, П.И. Никульников, А.А. Гуч [и др.] // Клінічна флебологія. – 2008. – №1. – С. 4-11.

2. Іпатов А.В. Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України: монографія / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак // Дніпропетровськ: "Пороги", 2002. - 342 с.

3. Комплексная программа в лечении больных с посттромбофлебитической болезнью нижних конечностей / М. Г. Магомедов, А. А. Дюжиков, М. Р Рамазанов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – Т. 11, № 3. – С. 64-70.

4. Результати лікування тромбозів нижньої порожнистої вени / О.М. Скупий, Я.В. Хребтій, С.С. Юрець, А. Є. Татарін // Клінічна флебологія. – 2012. – том 5, №1. – С. 75-77.

5. Русин В. І. Особливості хірургічних втручань при флотуючих тромбах у системі нижньої порожнистої вени / В. І. Русин, Ю. А. Левчак, П. О. Болдіжар // Харківська хірургічна школа. – 2009. - № 3. - С. 9-12.

6. Puggioni A. Достижения в хирургическом лечении посттромботического синдрома / Puggioni A., Lurie F. // Флеболимфология. – 2008. - №12. – С. 3-8.

Косинский О.В., Снисар А.В., Бузмаков Д.Л., Волицкая Н.В.

Современные аспекты клинико-экспертной диагностики инвалидизирующих форм венозных тромбозов и послетромботичная болезни нижних конечностей

Резюме. В работе представлены результаты клинико-экспертного обследования 220 больных и инвалидов вследствие тромбоза глубоких вен (ТГВ) и послетромботичная болезни (ПТХ) нижних конечностей. Проведена оценка клинико-экспертной диагностики больных с данной патологией. Предложенная усовершенствованная клинико-экспертная диагностика позволяет проводить целенаправленную комплексную медицинскую реабилитацию, что улучшит результаты восстановительного лечения больных с данной патологией.

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен, послетромботичная болезнь, диагностика, экспертиза.

Kosinskiy A.V., Snisar A.V., Buzmakov D.L., Volycka N.V.

Modern Aspects of Clinical and Expert Diagnosis of Disabling Forms of Venous Thrombosis and Postthrombotic Disease of the Lower Extremities

Summary. Outcomes of clinical and expert examination of 220 patients and invalids as a result of deep venous thrombosis and postthrombotic disease of the lower extremities are in study presented. Assessed the clinical and expert diagnosis of patients with this disease. The tendered clinical and expert diagnosis allow to do targeted complex medical rehabilitation that will enrich outcomes of the treatment of patients with this pathology.

Key words: deep venous thrombosis, postthrombotic disease, algorithm of clinical and expert diagnosis.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК: 616.36-089.843

Котенко О.Г., Федоров Д.О., Попов О.О., Гриненко О.В., Гусєв А.В., Григорян М.С., Коршак А.В., Петрище І.Й.

Вибір способу реконструкції венозного відтоку при трансплантації лівої латеральної секції печінки

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова, м. Київ

Резюме: Трансплантація частини печінки від живого родинного донора є «золотим стандартом» лікування термінальних стадій захворювань печінки. Трансплантація лівої латеральної секції печінки має ряд особливостей та технічних складностей, що пов'язані з невідповідністю діаметрів структур, що анастомозуються, наявністю вираженого злукового процесу в ділянці воріт печінки у реципієнта. Нами досліджено результати 40 трансплантацій лівої латеральної секції печінки від живого родинного донора. Розроблено 3 способи реконструкції печінкових вен трансплантата та запропоновано алгоритм вибору способу в залежності від анатомічної будови венозної системи донора.

Ключові слова: трансплантація печінки, венозна реконструкція, ліва латеральна секція печінки.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Трансплантація частини печінки від живого родинного донора є золотим стандартом лікування термінальних стадій захворювань печінки [1-4]. Педіатричні реципієнти віком від 3 до 36 місяців є складною категорією хворих, що потребують особливої уваги. В ролі трансплантату у цієї групи пацієнтів використовують ліву латеральну секцію донора [5]. Це зумовлено малими розмірами черевної порожнини дитини та анатомічною будовою лівої латеральної секції. Трансплантація лівої латеральної секції печінки має ряд особливостей та технічних складностей, що пов'язані з невідповідністю діаметрів структур, що анастомозуються (ворітної вени, печінкової артерії, жовчних протоків, печінкових вен), наявністю вираженого злукового процесу в ділянці воріт печінки у реципієнта внаслідок портоентеростомії та важкістю загального стану дитини [6-9]. Останнім часом багато уваги приділяють формуванню адекватного венозного відтоку трансплантата [10]. Вважають, що порушення венозного відтоку призводить до венозної конгестії та підвищення внутрішньосинусоїдального тиску, що прямо пов'язано із порушенням функції трансплантата. Через це формування адекватного венозного відтоку в трансплантаті є обов'язковою умовою його нормального функціонування. З цією метою нами розроблено нові та вдосконалено існуючі способи реконструкції венозного відто-