

Во время операции проводится окончательная оценка с учетом характера основного заболевания, МПИ, КК, количества палочкоядерных нейтрофильных лейкоцитов, применения запрограммированных повторных санаций брюшной полости. Этим показателем присвоено определенное количество пунктов. По их сумме больных относят к группам обычного (менее 18), увеличенного (18-25), среднего (26-34) и высокого (более 35) риска развития осложнений. Такое разграничение позволяет применять необходимые профилактические мероприятия на всех этапах лечения больных, начиная с предоперационной подготовки.

Выводы. 1. Предложенный метод позволяет выделять группы обычного, увеличенного, среднего и высокого риска возникновения послеоперационных осложнений при остром перитоните.

2. Двухэтапное проведение прогнозирования позволяет дифференцированно применять профилактические меры в процессе всего периода лечения.

Ключевые слова. Острый перитонит, послеоперационные осложнения, прогнозирование.

A.F. Grynchuk, F.V. Grynchuk, I.Yu. Polianskiy

Prediction of Postoperative Complications in Acute Peritonitis
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
E-mail: andrivgrynchuk1991@gmail.com

Abstract. The ability to predict the possibility of postoperative complications is an important component of treatment of acute peritonitis. None of the known methods is fully accepted worldwide.

The objective of the research was to develop an informative method for predicting postoperative complications.

Materials and methods. A retrospective analysis of the results of treating 169 patients with peritonitis was made. 79 patients developed postoperative complications. 39 patients died. 123 patients were diagnosed with comorbidities. Clinical and laboratory data, parameters of the Mannheim peritonitis index, comorbidity class, and the patients' age were analyzed using the variance analysis.

Results and discussion. The prediction of postoperative complications may be carried out in two stages. Prior to surgery, preceding risk is estimated considering the nature of the underlying disease, clinical signs of acute peritonitis and comorbidity class. During surgery the final risk estimation is made taking into consideration the nature of the underlying disease, the Mannheim peritonitis index, comorbidity class, the number of band forms, use of the programmed peritoneal sanitation. For each aforementioned indicator different number of points was determined. Patients were divided into several groups by the sum of these points: normal (2-4 points), increased (5.7 points), medium (8-9 points) and high (more than 10 points) risk of postoperative complications.

Conclusions. 1. The proposed prognostic scale allows us to identify groups of normal, increased, medium and high risk of postoperative complications in acute peritonitis. 2. A two-phase prediction - before and during surgery - allow us to differentially apply preventive measures in the preoperative preparation, during surgery and in the postoperative period of treatment.

Keywords: acute peritonitis; postoperative complications; prediction

Надійшла 22.06.2016 року.

УДК 616.34-007.44-053.2-089

Гриценко М.І., Гриценко Є.М.

30-річний досвід лікування інвагінації кишечника у дітей власним способом

Дитяча міська клінічна лікарня, м. Полтава

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Резюме. Питання об'єктивізації та вибору показань до консервативного лікування інвагінації кишечника у дітей залишаються предметом дискусії.

Матеріали і методи. Проаналізовано досвід лікування 249 (172 хлопчики та 77 дівчаток) дітей з інвагінацією кишечника віком від 2-х місяців до 13 років. Всього спостерігалось 265 випадків інвагінації кишечника, включаючи 16 випадків рецидиву у 11 дітей. Консервативне лікування виконане 178 дітям (71,5%), оперована 71 дитина (28,5%). Для проведення аналізу діти були розподілені на 3 груп відповідно до трьох десятирічних періодів.

Результати і обговорення. При статистичному аналізі відзначено зменшення кількості хворих за останнє десятиліття зі збільшенням кількості дітей віком від 1 року.

У перший період відбулося впровадження наскрізної аероінсуфляції, розробленої автором з відмовою від рентгенологічного контролю. В експерименті були розроблені способи об'єктивізації критеріїв консервативної дезінвагінації шляхом наскрізної аероінсуфляції.

У другий період розроблений алгоритм лікування інвагінації кишечника, розширені показання до консервативної дезінвагінації. У 5 (22,7%) з 22 дітей з давністю захворювання понад 24 години та у 6 (46,2%) з 13 дітей віком від 1 року дезінвагінація виконана консервативно.

У третій період розширені показання до консервативної дезінвагінації. У 11 (57,9%) з 19 дітей з давністю захворювання понад 24 години та у 20 (74,1%) з 27 дітей віком від 1 року дезінвагінація виконана консервативно.

З 14 дітей віком від 1 року, що були оперовані, анатомічна причина виявлена у 4 (28,5%).

Проаналізовано досвід лікування 11 дітей з 16-ма рецидивами

кишкової інвагінації. В 7 випадках виконано консервативну дезінвагінацію, 4 дітей оперовано. В жодному випадку при оперативних втручаннях анатомічних причин, що могли викликати інвагінацію, не виявлено.

Летальних випадків за період, що аналізувався, не було.

Висновки. Наскрізна аероінсуфляція є ефективним та об'єктивним методом консервативної дезінвагінації у дітей. Спроба консервативної дезінвагінації можлива у переважній більшості хворих при відсутності ознак перитоніту. Давність захворювання, вік хворого та наявність рецидиву не є абсолютними критеріями у виборі лікувальної тактики при інвагінації кишечника.

Ключові слова: інвагінація кишечника, діти, наскрізна аероінсуфляція, лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень

Інвагінація кишечника залишається предметом пильної уваги та постійного інтересу дитячих хірургів. Питання клінічних особливостей, діагностики та лікування детально розроблені та знайшли широке відображення в різноманітних наукових публікаціях. Консервативна дезінвагінація є пріоритетним методом лікування гострої кишкової інвагінації у дітей, адже за С. Я. Долецьким «факт тимчасовості даного явища диктує принципово консервативне відношення до даного захворювання. Тому операції краще уникати, а розправлення краще добиватися найбільш безпечним та розробленим консервативним шляхом – дозованим роздуванням товстої кишки повітрям» [2]. Але існують сумніви в достовірності методів об'єктивного контролю над

процесом дезінвагінації, що, на думку авторів, зводить нанівець переваги консервативного лікування [8,11]. Можливість консервативного розправлення інвагінату у дітей, термін захворювання яких перевищує 24 години, доцільність спроб консервативного лікування у хворих від 1 року та у дітей з рецидивом інвагінації також залишається предметом дискусії [1,4]. В той же час ряд дослідників зазначають, що з накопиченням досвіду ні термін захворювання, ні вік дитини, ні наявність рецидиву не будуть домінуючими критеріями при виборі методу лікування [1,10].

Мета дослідження. Проаналізувати власний 30-річний досвід лікування інвагінації кишечника у дітей, визначити зміни, що відбулися в лікувально-діагностичній тактиці.

Матеріали та методи дослідження

За період з 1986 по 2016 рік в дитячому хірургічному відділенні м. Полтава лікувалося 249 (172 хлопчики та 77 дівчаток) дітей з інвагінацією кишечника віком від 2-х місяців до 13 років. Всього проаналізовано досвід лікування 265 випадків інвагінації кишечника, включаючи 16 випадків рецидиву в 11 дітей. Консервативне лікування виконане 178 дітям (71,5%), оперована 71 дитина (28,5%). Для проведення аналізу діти були розподілені на 3 групи відповідно до трьох десятирічних періодів – перший період з 1986 по 1995 рік, другий період з 1996 по 2005 рік та третій період з 2006 по 2016 рік.

Результати та їх обговорення

При аналізі статистичних даних визначено зменшення кількості хворих за два останні десятиліття (110 дітей за перший період, 71 дитина за другий та 68 дітей за третій період), що також підтверджується даними інших дослідників [5]. Зменшення кількості хворих відбулося насамперед за рахунок зменшення кількості хлопчиків (82/45/45), кількість дівчаток залишається відносно сталою (28/26/23). Співвідношення за статтю за 1 період – 3:1, 2 період – 1,7:1, 3 період – 2:1. В той же час за останнє десятиліття відзначається збільшення кількості хворих віком від 1 року (21(19%) за 1 період, 13 (18%) – за 2, та 26 (41%) – за 3 період). В результаті аналізу термінів госпіталізації визначено, що за перший період в терміни до 24 годин від початку захворювання госпіталізовано 89 (81%) дітей, понад 24 години – 21(19%) дітей, в другий період відповідно 49(69%) та 22(31%) та в третій – 49(72%) та 19(28%) дітей.

За період з 1986 по 1995 рік з інвагінацією кишечника було госпіталізовано 110 дітей. Цей період характеризується розробкою, експериментальним обґрунтуванням, клінічними апробацією та впровадженням наскрізної аероінсуфляції, що вперше була запропонована М. І Грищенку в 1986 році. Розроблений спосіб у подальшому набув широкого розповсюдження [6,9]. В експерименті були розроблені способи об'єктивізації критеріїв консервативної дезінвагінації шляхом наскрізної аероінсуфляції.

Для підтвердження дезінвагінації при консервативному лікуванні інвагінації кишечника у дітей одночасно реєстрували тиск у прямій кишці та в шлунку за допомогою манометра. При нагнітанні газу тиск у прямій кишці до дезінвагінації може підвищуватися до 120 мм рт. ст., в той же час у шлунку він істотно відрізняється, практично дорівнюючи нулю. Після настання дезінвагінації та виділення газу через шлунковий зонд тиск у прямій кишці та в шлунку вирівнюється, що є достовірною та об'єктивною ознакою дезінвагінації (Пат. 7015 У України). В наступному способі визначення дезінвагінації в якості газу використовували медичний кисень з визначенням його вмісту в газовій суміші, отриманій із шлунка (Пат. 7014 У України). Об'ємну частку кисню визначали за допомогою газоаналізатора АК-М1. За Ю. М. Дедерером (1971) склад газової суміші кишечника включає азот 70%, кисень 10-12%, вуглекислий газ 6-9%, сірководень 1-5%, інші гази 0,5-5%. В атмосферному повітрі, як відомо, кисню близько 21%. Таким чином, нагнітаючи кисень в шлунково-кишковий

тракт через пряму кишку і отримуючи в газовій суміші, що виділяється із шлунка через зонд, вміст кисню вище 21%, об'єктивно та достовірно визначали дезінвагінацію. Також після початку виділення газу із шлункового зонду, визначали об'єм газу прокачаного через шлунково-кишковий тракт ретроградно за допомогою волнометра і при виділенні більше, ніж 1 літра газу діагностували дезінвагінацію (Пат. 7013 У України).

Використання цих способів дозволило підтвердити ефективність наскрізної аероінсуфляції та уникнути серйозної проблеми при застосуванні консервативного лікування – відсутності чи недостатньої достовірності методів об'єктивного контролю над процесом дезінвагінації [8,11].

З 110 дітей, що були госпіталізовані з інвагінацією кишечника в цей період, оперовані 28 (25,5%). У переважній більшості випадків оперативне лікування обмежувалося дезінвагінацією – 14 випадків, в 2-х випадках відбулася констатація дезінвагінації. Дезінвагінація з видаленням дивертикулу Меккеля була виконана 5 дітям, резекції з приводу некрозу ділянки кишки – 4 та резекції кишки з приводу пухлин чи пухлиноподібних утворень у 3-х дітей.

Тактика щодо дітей з давністю захворювання понад 24 години та старше 1 року залишалася традиційною і передбачала оперативне втручання, хоча були поодинокі спроби консервативного лікування таких хворих з позитивним результатом.

За період з 1996 по 2005 рік проліковано 71 дитину з інвагінацією кишечника. В цей період був розроблений алгоритм лікування інвагінації кишечника, що наведений на рисунку 1. В 68 випадках інвагінації виконана спроба консервативної дезінвагінації, що була вдалою у 58 випадках, ефективність консервативної дезінвагінації склала 85,2%. 28 (39,4%) дітей оперовані. Оперативні втручання включали дезінвагінацію в 17 випадках (в 1 випадку з ушиванням сліпої кишки), констатацію дезінвагінації в 2-х випадках, дезінвагінацію з видаленням дивертикулу Меккеля в 4-х, резекції з приводу некрозу ділянки кишки – 3-х та резекції кишки з приводу пухлиноподібного утворення в 1 випадку. В 1 випадку при сумніві в життєздатності ділянки тонкої кишки після розправлення інвагінату була використана тактика «second-look», при ревізії через 48 годин визначено некроз ділянки кишки з її резекцією та формуванням анастомозу. Тактика «second-look» дозволяє уникнути невірної оцінки життєздатності кишки, що є основною причиною незадовільних наслідків раннього післяопераційного періоду[3].

З давністю захворювання понад 24 години за цей період госпіталізовано 22 дитини. 17 (77,3%) дітей оперовані, 4 з них після неефективної спроби консервативної дезінвагінації, у 5 (22,7%) дітей виконана консервативна дезінвагінація. У віці старше одного року лікувалося 13 дітей, 7 (53,8%) з них були оперовані, у 6 (46,2%) дезінвагінація виконана консервативно. Анатомічні причини інвагінації під час операції виявлено у 3-х дітей - дивертикул Меккеля (2) та ентерокиста (1).

За період з 2006 по 2016 рік проліковано 68 дітей з інвагінацією кишечника. В 75 випадках (в тому числі в 7 випадках рецидивів) інвагінації виконана спроба консервативної дезінвагінації, що була вдалою у 67 випадках, ефективність консервативної дезінвагінації склала 89,3%. 15 (22%) дітей оперовані, без спроби консервативного лікування оперовані лише 7 дітей. Причинами відмови від консервативної дезінвагінації були в 4-х випадках перитонеальні ознаки, в 2-х - відсутність клініки кишкової інвагінації з переважанням загальних ознак гострої кишкової непрохідності, 1 випадку – рецидив інвагінації. Під час оперативного втручання в 9 випадках виконано дезінвагінацію, дезінвагінацію з видаленням дивертикулу Меккеля в 2-х та видалення ентерокисти в 1-му випадку, в 2-х випадках

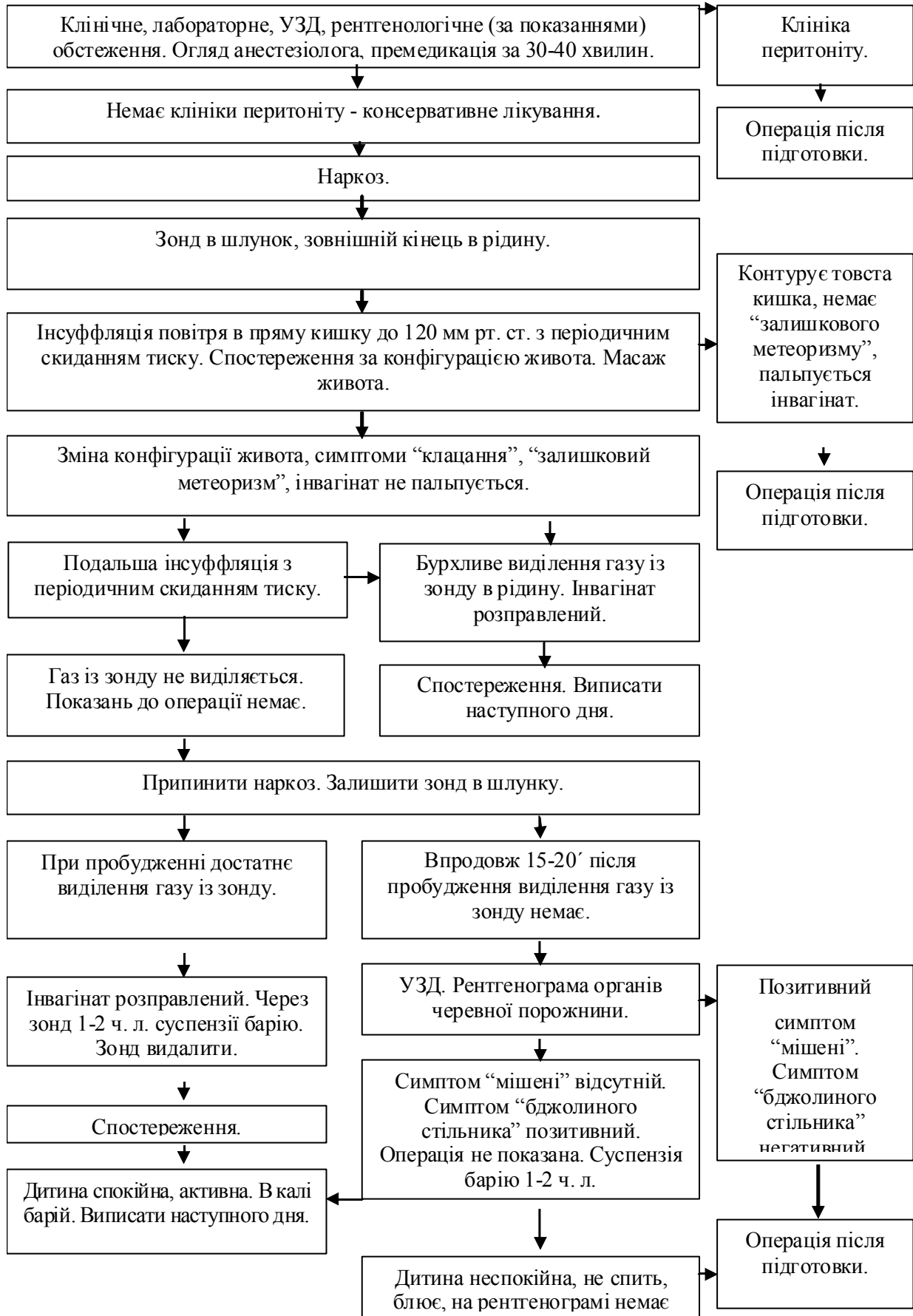


Рис. 1. Алгоритм лікування інвагінації кишечника у дітей наскрізним аероінсуфляційним способом

констатовано дезінвагінацію. Також в 1 випадку при сумніві в життєздатності ділянки тонкої кишки після розправлення інвагінації при операції «second-look» через 48 годин кишка визнана життєздатною.

У цей період з давністю захворювання понад 24 години госпіталізовано 19 дітей. 8 (42,1%) дітей оперовані, 2 з них після неефективної спроби консервативної дезінвагінації, в 11 (57,9%) дітей виконана консервативна дезінвагінація. У віці старше одного року лікувалося 27 дітей, 7 (25,9%) з них були оперовані, у 20 (74,1%) дезінвагінацію виконано консервативно. Анатомічна причина інвагінації (дивертикул Меккеля) виявлена в 1 випадку. Загалом з 14 дітей віком старше 1 року, що були оперовані нами за 20 років, анатомічна причина була виявлена у 4 (28,5%), що не співпадає з даними про значну кількість анатомічних причин інвагінації в цій групі [7].

За два десятиліття маємо досвід лікування 11 дітей з 16-ма рецидивами кишкової інвагінації. Рецидиви виникали від 2-х днів до 2-х років після першої інвагінації. В 7 випадках застосовано консервативну дезінвагінацію, 4 дітей оперовано. Показовим є досвід лікування дитини, якій першу консервативну дезінвагінацію було виконано у віці 4-х місяців, у віці 9-ти місяців виник рецидив, що також був розправлений консервативно, через 2 доби знову відзначено рецидив. Дитина оперована, виконана оперативна дезінвагінація, анатомічної причини дезінвагінації не знайдено. Через 2 місяці у дитини знову виник рецидив інвагінації, яка була ліквідована консервативно. Натомість цікавим є досвід лікування дитини, консервативна дезінвагінація якій виконувалася 5 разів (в 4, 6, 8, 10 та 16 місяців). У подальший період рецидивів інвагінації у дитини не було. В жодному випадку при оперативних втручаннях анатомічних причин, що могли викликати інвагінацію, не виявлено.

Крім того 2 дитини були направлені до відділення з рецидивами після проведення консервативної дезінвагінації в умовах районної лікарні. Важко визначити чи в цих випадках дійсно мав місце рецидив чи інвагінат був не ліквідований при першій спробі. Тому вважаємо консервативну дезінвагінацію виправданою лише в умовах спеціалізованого стаціонару.

Летальних випадків за період, що аналізувався, не було.

Висновки

1. Наскрізна аероінсуфляція є ефективним та об'єктивним методом консервативної дезінвагінації у дітей.
2. Спроба консервативної дезінвагінації можлива у переважній більшості хворих при відсутності ознак перитоніту.
3. Давність захворювання, вік хворого та наявність рецидиву не є абсолютними критеріями у виборі лікувальної тактики при інвагінації кишечника.

Література

1. Григович И. Н. Выбор лечебной тактики при кишечной инвагинации у детей / И. Н. Григович, Ю. Г. Пяттоев, О. Б. Савчук // Детская хирургия. – 1998. – №1. – С. 18-20.
2. Долецкий С. Я. Вопросы структуры и функции в педиатрической хирургии / С. Я. Долецкий. – М.: Медицина, 1973. – 38с.
3. Закономірності клінічного перебігу та хірургічного лікування ілеоцекальної інвагінації кишечника у дітей / Д. Ю. Кривченя, О. Б. Боднар, Б. М. Боднар [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2009. – №4(25). – С. 7-10.
4. Методи діагностики і лікування інвагінації кишечника у дітей / А.В. Чернов, С.Н. Рыбась, А.В. Николенко [и др.] // Хірургія дитячого віку. – 2012. – №3(36). – С. 49-52.
5. Особливості перебігу, діагностики та лікування гострої інвагінації кишечника / В. І. Сушко, А. Є. Носар, Є. І. Нагорний [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2004. – №1(2). – С. 54-56.
6. Результати лікування інвагінації у дітей / Ю. П. Кукуруза, В. В. Погорілий, В. А. Навроцький [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2006. – №2. – С. 39-42.
7. Рибальченко В. Ф. Особливості діагностики та лікування інвагінації кишечника в дітей / В. Ф. Рибальченко, П. С. Русак, В.

В. Стахов // Архів клінічної медицини. – 2014. – № 2(20). – С. 99-100.

8. Русак П. С. Клініко-діагностичні паралелі при інвагінації кишечника в дітей / П. С. Русак, В. Ф. Рибальченко, В. В. Стахов // Хірургія дитячого віку. – 2012. – № 3. – С. 43-48.

9. Ситковский Н. Б. Современные принципы лечения инвагинации кишечника у детей / Н. Б. Ситковский, А. А. Гришин, А. Н. Плотников // Клінічна хірургія. – 1997. – №7-8. – С. 46-48.

10. Сравнительная оценка способов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей // М. Р. Рокицкий, А. А. Мустафин, В. И. Булашов [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 1993г. – Т. 74, №1. – С. 32-35.

11. Стахов В. В. Діагностика та лікування інвагінації кишечника в дітей / В. В. Стахов // Хірургія дитячого віку. – 2013. – № 4(41). – С. 61-65.

Гриценко Н. И., Гриценко Е. Н.

30-летний опыт лечения инвагинации кишечника у детей собственным способом.

Детская городская клиническая больница, г. Полтава
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Резюме. Вопросы объективизации и выбора показаний к консервативному лечению инвагинации кишечника у детей остаются предметом дискуссии.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 249 (172 мальчика и 77 девочек) детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 2-х месяцев до 13 лет. Всего наблюдалось 265 случаев инвагинации кишечника, включая 16 случаев рецидива в 11 детей. Консервативное лечение выполнено 178 детям (71,5%), оперирован 71 ребенок (28,5%). Для проведения анализа дети были распределены на 3 группы соответственно трем десятилетним периодам.

Результаты и обсуждение. При статистическом анализе отмечено уменьшение количества больных за последнее десятилетие с увеличением числа детей старше 1 года.

В первый период начато внедрение сквозной аероинсуффляции, разработанной автором с отказом от рентгенологического контроля. В эксперименте были разработаны способы объективизации критериев консервативной дезінвагінації путем сквозной аероінсуффляції.

Во второй период разработан алгоритм лечения инвагинации кишечника, расширенны показания к консервативной дезінвагінації. У 5 (22,7%) с 22 детей с давностью заболевания более 24 часов и у 6 (46,2%) из 13 детей старше 1 года дезінвагінація виконана консервативно.

В третий период расширенны показания к консервативной дезінвагінації. У 11 (57,9%) из 19 детей с давностью заболевания более 24 часов и в 20 (74,1%) из 27 детей старше 1 года дезінвагінація виконана консервативно.

Из 14 оперированных детей старше 1 года анатомическая причина выявлена у 4 (28,5%).

Проанализирован опыт лечения 11 детей с 16-ю рецидивами кишечной инвагинации. В 7 случаях выполнено консервативную дезінвагінація, 4 детей оперированы. Ни в одном из случаев при оперативных вмешательствах анатомических причин, которые могли вызвать инвагинацию, не обнаружено.

Летальных случаев за анализируемый период не было.

Выводы. Сквозная аероінсуффляція является эффективным и объективным методом консервативной дезінвагінації у дітей. Попытка консервативной дезінвагінації возможна у подавляющего большинства больных при отсутствии признаков перитонита. Давность заболевания, возраст больного и наличие рецидива не являются абсолютными критериями в выборе лечебной тактики при инвагинации кишечника.

Ключевые слова: инвагинация кишечника, дети, сквозная аероінсуффляція, лечение.

M.I. Grytsenko, Ye.M. Grytsenko

A 30-Year Experience in Treatment of Intestinal Intussusception in Children by Own Technique

Municipal Clinical Pediatric Hospital, Poltava, Ukraine
Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava, Ukraine

Abstract. The issues on objectification and selection of indications for conservative treatment of intestinal intussusception in children remain to be disputable.

Materials and methods. The experience of treating 249 pediatric

patients (172 boys and 77 girls) with intestinal intussusception at the age of 2 months - 13 years was analyzed. There were 265 cases of intestinal intussusception including 16 cases of the recurrence in 11 children. Conservative treatment was performed in 178 (71.5%) children, 71 (28.5%) children were operated on. To make the analysis, children were divided into 3 groups according to three ten-year periods.

Results and discussion. The statistical analysis demonstrated the decrease in the number of patients with the increase in the number of children over 1 year of age over the past decade. The 1st decade was characterized by the introduction and experimental substantiation of flow-through pneumatic insufflation developed by the author with following refusal of X-Ray control. The methods of objectification of the criteria for non-surgical reduction of intussusception using flow-through pneumatic insufflation were developed experimentally. In the 2nd decade the algorithm for treatment of intestinal intussusception was developed; the indications for non-surgical reduction of intussusception were extended. 5 (22.7%) children out of 22 with disease duration of more than 24 hours and 6 (46.2%) children out of 13 over 1 year of age underwent non-surgical reduction of intussusception. In the 3rd decade the indications for non-surgical reduction of intussusception were extended. 11 (57.9%) children out of 19 with disease duration of more

than 24 hours and 20 (74.1%) children out of 27 over 1 year of age underwent non-surgical reduction of intussusception. Only in 4 (28.5%) children out of 14 over 1 year of age who were operated on, we found out anatomical cause of the condition. We have analyzed the experience in treating 11 children with 16 recurrences of intestinal intussusception. In 7 cases non-surgical reduction was performed, 4 children were operated on. During surgeries there were observed no anatomical causes or predispositions to intussusception. Lethal outcomes were not registered.

Conclusions. Thus, flow-through pneumatic insufflation is an effective and objective technique of non-surgical reduction of intestinal intussusception in infants. Non-surgical reduction of intestinal intussusception can be performed in the majority of patients without the signs of peritonitis. The duration of the condition, age of patients and the presence of recurrence should not be considered as absolute criteria in choosing treatment tactics in intestinal intussusception.

Keywords: *intestinal intussusception; children; flow-through pneumatic insufflation; treatment*

Надійшла 06.07.2016 року.

УДК 616.131-005.6

Гудз І. М., Гудз О. І.

Проблема рецидиву тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок у світлі доказової медицини

Кафедри загальної хірургії (зав. – проф. І.М.Гудз) та хірургії навчально-наукового інституту післядипломної освіти (зав. – проф. О.Л.Ткачук) Івано-Франківського національного медичного університету (Івано-Франківськ, Україна) prof_gudz@ukr.net

Резюме. У роботі представлені дані доказової медицини щодо проблеми рецидиву тромбозу глибоких вен (ТГВ). Доказано, що після завершення антикоагулянтної терапії першого епізоду ТГВ протягом 5 років рецидив виникає у 30% пацієнтів. Прогнозувати розвиток рецидиву ТГВ після проведеної антикоагуляції можна за даними ультразвукового обстеження (редукція діаметра тромбованої вени), визначення вмісту D-димеру, а також врахування факторів ризику рецидиву. У рандомізованих дослідженнях було перевірено різні медикаменти, які можуть знизити ймовірність виникнення повторного епізоду ТГВ – найбільш ефективним виявилось 2-х річне застосування сулодексиду (зниження ризику рецидиву ТГВ на 54%). У разі розвитку рецидиву ТГВ на фоні антикоагулянтної терапії рекомендується тимчасовий перевід пацієнтів на низькомолекулярні гепарини.

Ключові слова: *тромбоз глибоких вен, рецидив, нижні кінцівки, доказова медицина.*

Статистичні дані останніх років свідчать, що смертність через тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА) займає третє місце: щорічно у Європі дана недуга спричиняє 500 тис., в США – 300 тис., а в цілому по світу – 3 млн. летальних випадків [2]. Останнім десятиліттям введений термін «венозний тромбоемболізм» (ВТЕ), який включає тромбоз глибоких вен (ТГВ), тромбофлебіт поверхневих вен нижніх кінцівок, а також їх ускладнення – ТЕЛА. В переважній більшості випадків основною причиною виникнення останньої є ТГВ. Не дивлячись на розробку міжнародних рекомендацій на засадах доказової медицини (9 та 10 видання АССР – Американської асоціації грудних лікарів), проблема попередження та ефективного лікування ТГВ залишається далекою до вирішення [3]. Особливістю клінічного перебігу ТГВ є його здатність до рецидиву, прогнозувати який надзвичайно складно, а у разі його розвитку, особливо на фоні антикоагулянтної терапії, вироблення ефективного медикаментозного лікування складає значні труднощі.

Метою даної роботи було представити останні дані доказової медицини щодо запобігання та ефективного лікування рецидиву ТГВ. Для вирішення поставленої мети нами у відомих медичних пошукових системах було відібрано публікації за останні 10 років (системні огляди, мета-аналізи та рандомізовані багаточентрові дослідження), які стосуються проблеми рецидиву ТГВ.

У 9-му виданні АССР зазначено, що частка фатальних випадків ТЕЛА після завершення антикоагулянтної терапії з приводу ТГВ складає 0,3/100 пацієнтів у рік, а в цілому: протягом першого року – 10%, надалі по 5% за рік (30% за перші 5 років після першого епізоду ТГВ). В той же час існуючі рекомендації доказової медицини радять тривалість антикоагулянтної терапії 3 міс у випадку спровокованого ТГВ та 6 міс і більше – при ідіопатичному ТГВ. Чіткої визначеності щодо тривалої антикоагуляції при ТГВ немає. Причина такої невпевненості криється у ризику розвитку різного ступеня важкості кровотеч на фоні антикоагулянтної терапії. Факторами ризику щодо виникнення кровотеч у таких хворих вважають: вік старше 65 років, анамnestичні кровотечі, активна пухлина, печінкова та ниркова патологія, цукровий діабет, тромбоцитопенія, анемія, оперативні втручання, супутня медикація [7]. Мінімальним періодом антикоагуляції ТГВ є 3 міс – це ґрунтується на даних мета-аналізу щодо порівняння ефективності 1,5 міс та 3 міс призначення антикоагулянтів після епізоду ТГВ [13]. Було доказано, що у разі коротшого терміну лікування частота розвитку рецидиву ТГВ є значно вищою, ніж за 3 міс терапії. Мета-аналіз 4 рандомізованих досліджень щодо тривалості антикоагуляції в 3, 6 та 12 міс показав, що у follow-up протягом 1-2 років при індивідуальному аналізі пацієнтів (але без підгруп по факторах ризику) не було статистично достовірних даних щодо зменшення ризику рецидиву за умови більш тривалого лікування [4]. Таким чином, 3 міс