

Хірургічне лікування пацієнтів із венозними тромбозами нижніх кінцівок



В. І. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович, С. О. Бойко

Ужгородський національний університет

Мета роботи — покращити результати хірургічного лікування хворих із тромбозами глибоких вен (ТГВ) системи нижньої порожнистої вени (НПВ).

Матеріали і методи. Оцінювали результати лікування 678 хворих із ТГВ системи НПВ, які перебували на лікуванні в хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака. Залежно від методу лікування хворих поділили на дві групи. У першу (основну) групу ввійшли 443 (65,3%) пацієнти з ТГВ системи НПВ, у яких виконали відкриту повну або парціальну тромбектомію. У другу (контрольну) групу ввійшли 235 (34,7%) пацієнтів із ТГВ системи НПВ, які отримували лише консервативне лікування.

Результати та обговорення. Хірургічне лікування пацієнтів із ТГВ, за даними кумуляційного аналізу, дало змогу досягти позитивного результату у 89,5% пацієнтів, а консервативне лікування — лише в 48,8% хворих. На кінець третього року спостереження виражені ознаки хронічної венозної недостатності у контрольній групі були в 51,6% пацієнтів, а в основній групі — лише в 13,1% пацієнтів (10,2% — після повної тромбектомії та 2,9% — після парціальної тромбектомії).

Висновки. Відновлення просвіту глибоких вен системи НПВ операційним шляхом дає змогу зберегти клапанний апарат вен, запобігти розвитку посттромбофлебійного синдрому з подальшим виникненням хронічної венозної недостатності, значно покращити результати лікування пацієнтів із ТГВ.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен, нижня порожниста вена, тромбектомія, консервативне лікування.

Лікуванню пацієнтів із тромбозами глибоких вен (ТГВ) системи нижньої порожнистої вени (НПВ) присвячено велику кількість робіт, що стосуються причин виникнення, механізмів розвитку, клінічних виявів, методів діагностики, показань і протипоказань до різноманітних видів терапії. Але результати лікування залишаються незадовільними. Тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА), як і раніше, вважають однією з основних причин летальності в хірургічних стаціонарах, а кількість хворих із тяжкими формами хронічної венозної недостатності (ХВН) неухильно зростає.

Частота хірургічного лікування ТГВ, незважаючи на постійне збільшення частоти ТЕЛА, залишається низькою, зокрема частота тромбектомій

з магістральних вен сягає лише 20–25% [2, 3]. Така ситуація пов'язана з тим, що вибір між хірургічним лікуванням ТГВ і консервативним лікуванням, зокрема тромболізисом, головним чином залежить від кваліфікації лікаря та традицій клініки [1]. Водночас противники хірургічної тромбектомії посилюються на дані про незадовільні результати хірургічного лікування ТГВ п'ятдесятирічної давності [6, 10]! Хоча В. Geier та співавт. (2009) наводять дані про збереження прохідності реканалізованих ділянок глибоких вен через 5 років після відкритої тромбектомії у 75% пацієнтів та наявність ознак ХВН лише у 20% випадків [8].

Останніми роками з'явилася невелика кількість робіт, у яких наведено дані про досягнення позитивних результатів під час лікування венозних тромбоемболічних ускладнень з використанням відкритих хірургічних або комбінованих методів [4, 5, 7, 9]. Зокрема, позиція Американського венозного форуму щодо цієї проблеми така: «Методом вибору при лікуванні ілеофemorально-го флеботромбозу є тромбектомія з накладенням

Стаття надійшла до редакції 5 вересня 2017 р.

Попович Ярослав Михайлович, к. мед. н.,
доцент кафедри хірургічних хвороб медичного факультету
E-mail: angioursurgery@i.ua

© В. І. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович, С. О. Бойко, 2017

артеріовенозної фістули з подальшою тривалою антикоагулянтною терапією» [4].

Водночас лікування тромбозів у системі НПВ досі не стандартизовано, відсутній єдиний погляд як на різні схеми консервативної терапії (терапія низькомолекулярними гепаринами, системний і регіонарний тромболісис), так і на численні хірургічні методи лікування (плікація НПВ, тромбектомія на тлі прискореного кровотоку або без нього, імплантація кава-фільтрів тощо). Показання і протипоказання до них часто суперечать одне одному. Це спонукає до спроби стандартизувати лікування цієї патології, зменшити кількість тромбоемболічних ускладнень і поліпшити якість життя пацієнтів.

Мета роботи — покращити результати хірургічного лікування хворих з тромбозами глибоких вен системи нижньої порожнистої вени.

Матеріали і методи

Проаналізовано результати обстеження та лікування 678 хворих із ТГВ системи НПВ, яких проліковано у відділенні хірургії магістральних судин та урології Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2006—2016 рр. Вік хворих становив від 17 до 83 років, у середньому ($45,0 \pm 2,3$) року. Серед них чоловіків було 194 (43,8%), а жінок — 249 (56,2%). Хворих залежно від методу лікування поділили на дві групи. В основну групу ввійшли 443 (65,3%) пацієнти, у яких проведено хірургічне лікування ТГВ і профілактику ТЕЛА. Контрольну групу утворили 235 (34,7%) хворих, які отримували консервативне лікування. Усім пацієнтам призначали антикоагулянтну, інфузійно-спазмолітичну та компресійну терапію незалежно від потреби в хірургічному лікуванні.

Для обстеження хворих застосували лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукове доплерографію, ультразвукове дуплексне сканування (Ultima Pro-30, z. one Ultra, Zonare Medical Systems Inc., США); рентгеноконтрастну флебографію (DSA, Integris-2000, Philips) та мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням (Somatom CRX, Siemens, Німеччина, 1994). Радіофлебографію виконували на емісійному комп'ютерному томографі «Тамара» (ГКС-301Т) виробництва ППФ СКТБ «Оризон», НІО ЩГК НТК «Інститут монокристалів» НАН України, СП «Амкрис-Ейч» (Україна).

Значну увагу приділяли визначенню варіанта тромботичного ураження та характеру тромботичних мас. Так, у більшості хворих основної групи — 251 (56,7%) — виявили оклюзійне тромботичне ураження, у 122 (27,5%) — пристінкове та у 70 (15,8%) — фрагментарне, у тому числі у 297 (67,0%) пацієнтів проксимальна частина тромботичних мас мала рухомий характер. У пацієнтів

контрольної групи оклюзійне тромботичне ураження спостерігали у 162 (68,9%), а пристінкове — у 73 (31,5%) хворих, у тому числі рухома верхівка тромботичних мас була в 34 (14,5%) хворих. Пацієнтів з фрагментарними тромбами в контрольну групу не залучали.

За характером тромботичних мас виокремили пухкі, сформовані (організовані) та пухлині імплантаційні тромби. У пацієнтів основної групи найчастіше виявляли пухкі тромботичні маси — у 273 (61,6%), сформовані — у 78 (17,6%) та пухлині — у 92 (20,8%) хворих. У контрольній групі сформовані тромби були у 198 (84,3%) хворих, а пухкі — у 37 (15,7%). Пацієнтів із пухлиніми імплантаційними тромбами в контрольну групу не залучали, тому що вони взагалі не піддаються антикоагулянтній терапії.

Оперативні втручання, спрямовані на лікування ТГВ системи НПВ і профілактику ТЕЛА, наведено в таблиці.

Результати та обговорення

Механічна тромбектомія не усуває причини тромбоутворення, але дає змогу відновити порушений венозний кровоплин. Клінічне покращення після такої операції пов'язане з розкриттям венозних колатералей і поліпшенням венозного відтоку, а не зі звільненням тромбованої магістралі. При цьому можливість виконання повної тромбектомії часто обмежена тяжкістю стану пацієнта та наявністю супутньої патології.

Ефективність повної тромбектомії найбільш виражена у випадку рано діагностованого сегментарного венозного тромбозу, коли немає вираженого флебіту. У разі успіху пацієнта вдається позбавити не лише від небезпеки (венозних тромбоемболічних ускладнень), а й від позитивних виявів ХВН, які зумовлені руйнуванням клапанного апарату в результаті посттромбофлебітичного синдрому.

Для виконання повної тромбектомії необхідно поєднання низки умов (короткий термін захворювання, сегментарний характер тромбозу, відсутність тяжкої супутньої патології, стабільний стан пацієнта), що обмежує застосування цього втручання в більшості пацієнтів із ТГВ.

Найчастіше вдається виконати парціальну тромбектомію, яка полягає у видаленні проксимальної не фіксованої частини тромботичних мас, що безпосередньо слугують загрозою ТЕЛА. Парціальну тромбектомію в більшості випадків поєднують з оперативними втручаннями, спрямованими на профілактику ТЕЛА. У 293 (66,1%) хворих тромбектомію поєднували з оперативним втручанням, спрямованим на профілактику ТЕЛА (таблиця). У всіх хворих безпосередньо перед операцією виконували УЗД з маркуванням основних венозних

Т а б л и ц я

Оперативні втручання при тромбозах системи нижньої порожнистої вени (n = 443)

Вид оперативного втручання	Кількість пацієнтів
Тромбектомія з підколінної вени та суральних синусів, лігування суральних синусів у місці впадіння в підколінну вену	70 (15,8%)
Тромбектомія з підколінної вени, лігування тромбованих стовбурів гомілкових вен у місці впадіння в підколінну вену	35 (7,9%)
Тромбектомія з поверхневої стегнової вени, лігування поверхневої стегнової вени нижче від впадіння глибокої стегнової вени	67 (15,1%)
Тромбектомія із загальної стегнової вени, лігування поверхневої стегнової вени нижче від впадіння глибокої стегнової вени	55 (12,4%)
Тромбектомія із загальної стегнової вени, лігування глибокої стегнової вени в місці впадіння в загальну стегнову вену	21 (4,7%)
Тромбектомія із загальної стегнової та зовнішньої клубової вен, лігування поверхневої стегнової вени нижче від впадіння глибокої стегнової вени	58 (13,1%)
Тромбектомія із загальної стегнової та зовнішньої клубової вен, лігування загальної стегнової вени нижче від впадіння великої підшкірної вени	3 (0,7%)
Тромбектомія із загальної стегнової та зовнішньої клубової вен із формуванням дистальної артеріовенозної нориці	13 (2,9%)
Тромбектомія із зовнішньої та загальної клубових вен, лігування зовнішньої клубової вени нижче від впадіння внутрішньої клубової вени	7 (1,6%)
Тромбектомія з інфра- та/або інтрааренального відділу НПВ	64 (14,5%)
Тромбектомія з НПВ та ниркових вен і апаратна кавалікація НПВ	10 (2,3%)
Тромбектомія із супраренального відділу НПВ і апаратна кавалікація НПВ	35 (7,9%)
Тромбектомія з піддіафрагмального відділу НПВ та правого передсердя	5 (1,1%)

судин та протяжності тромботичного ураження з метою отримання об'єктивної картини поширення патологічного процесу та планування обсягу операції. З метою профілактики тривалої післяопераційної лімфореї обмежено вдавалися до діатермокоагуляції, перевагу віддавали послідовному лігуванню дрібних лімфатичних судин.

При тромботичному ураженні гомілково-підколінного сегмента оперативні втручання виконані у 105 (23,7%) хворих, у тому числі в 70 (66,7%) пацієнтів виконано тромбектомію з підколінної вени та/або суральних синусів з наступним лігуванням суральних синусів у місці впадіння в під-

колінну вену. Як доступ використовували S-подібний розріз у підколінній ямці. До переваг останнього належить ширший доступ до судин підколінної ямки, можливість розширення операційної рани, проведення розрізу по шкірних складках і, як результат, швидше загоєння операційної рани.

У 35 (33,3%) пацієнтів виконано тромбектомію з порожнистої вени з наступним лігуванням тромбованих стовбурів гомілкових вен у місці впадіння у порожнисту вену. При цьому використовували медіальний доступ у верхній третині гомілки. Поздовжній венотомний розріз гомілкової вени виконували нижче від впадіння у порожнисту вену довжиною до 3 см. Рухому верхівку тромботичних мас під візуальним контролем обережно видаляли за допомогою вікончастого затискача або судинного пінцета на пробі Вальсальви.

Відкриті оперативні втручання з приводу ТГВ з локалізацією процесу в підколінно-стегновому сегменті виконані у 143 (32,3%) пацієнтів. При цьому верхівка тромботичних мас у 67 (46,9%) випадках локалізувалася в поверхневій стегновій вені, у 76 (53,1%) – у загальній стегновій вені. У 21 (14,7%) із 143 пацієнтів тромботичний процес поширювався на загальну стегнову вену із басейну глибокої стегнової вени. При локалізації тромботичного процесу в клубових і стегнових венах використовували стегновий доступ. Під час визначення показань до оперативного втручання з приводу тромботичної оклюзії поверхневої стегнової вени необхідною умовою ефективності проведеної операції було збереження прохідності глибокої стегнової вени як однієї з потужних колатералей стегнового колектора, що запобігало тромбоутворенню вище від місця лігування. Окрім того, під час мобілізації глибоких вен намагалися не виконувати кросектомію, зберігаючи притоки великої підшкірної вени як важливі шляхи компенсації колатерального кровоплину. Після візуального контролю за відсутності залишків тромботичних мас та пристінкових нашарувань у ділянці венотомної рани виконували лігування поверхневої стегнової вени безпосередньо нижче від місця впадіння глибокої стегнової вени. Венотомну рану зашивали безперервним швом атравматичними голками з ниткою «Пролен» 5/0.

У разі локалізації рухомої верхівки емболонезбезпечного тромбу дистальніше від місця впадіння глибокої стегнової вени венотомію загальної стегнової вени не виконували, а одразу проводили лігування поверхневої стегнової вени нижче від впадіння глибокої стегнової вени.

У 21 (14,7%) пацієнта з рухомим тромбом у загальній стегновій вені внаслідок поширення тромботичних мас із глибокої стегнової вени техніка оперативного втручання суттєво не відрізнялася. Після виконання відкритої тромбектомії та в разі впевненості у збереженні прохідності поверх-

невої стегнової вени виконувати лігування гирла глибокої стегнової вени.

У 81 (18,3%) пацієнта виконано оперативні втручання з приводу тромботичного ураження стегново-клубового сегмента. При цьому рухому верхівку тромботичних мас у зовнішній клубовій вені діагностували у 74 (91,4%) пацієнтів, у загальній клубовій вені — у 7 (8,6%) хворих. У 71 (87,6%) пацієнта вдалося виконати напіввідкриту тромбектомію із зовнішньої клубової вени за допомогою стегнового доступу. У 3 (3,7%) пацієнтів після тромбектомії із загальної стегнової та зовнішньої клубової вен виявили пристінкові тромботичні нашарування в загальній стегновій вені, які не вдалося видалити, тому було вирішено провести лігування загальної стегнової вени нижче від впадіння великої підшкірної вени. У 10 (12,4%) хворих тромбектомію із зовнішньої та загальної клубових вен виконали із заочеревинного доступу за Rob (1963) на боці ураження. Після тромбектомії виконували лігування зовнішньої клубової вени безпосередньо нижче від місця впадіння внутрішньої клубової вени.

З метою зменшення частоти післяопераційних ретромбозів і покращення результатів тромбектомії із загальної стегнової та зовнішньої клубової вен після звільнення венозної магістралі від тромбів у 13 (16,1%) з 81 пацієнта формували тимчасову артеріовенозну фістулу, яку накладали за типом «кінець вени в бік артерії». Діаметр анастомозу не перевищував 4 мм. У нашому дослідженні всі фістули закрилися самостійно в термін від 3 до 10 тижнів після операції.

У 114 (25,7%) пацієнтів виявили тромботичне ураження кавального венозного сегмента. У більш ніж двох третин хворих — 79 (69,3%) — діагностували тромботичне ураження інфра- та інтрааренального відділів НПВ. Вище від рівня ниркових вен тромботичне ураження було у 35 (30,7%) пацієнтів, з яких у більшості (30 (85,7%)) верхівка тромботичних мас не поширювалася вище від діафрагми. Вище від діафрагми верхівку тромботичних мас спостерігали лише у 5 (4,4%) зі 114 пацієнтів. При цьому лише в 1 (0,9%) хворого, з пухлинним тромбозом, тромботичний процес поширився на праве передсердя. З приводу непухлинного тромбозу НПВ прооперовано 22 (19,3%) пацієнтів.

У 92 (80,7%) зі 114 пацієнтів діагностували пухлинний тромбоз НПВ, причиною якого був рак нирки. Рівень поширення пухлинного тромбозу визначали за класифікацією Mayo: 0 рівень виявлено у 42 (45,6%); I рівень — у 21 (22,8%); II рівень — у 18 (19,6%); III рівень — у 8 (8,7%); IV рівень — у 3 (3,3%) хворих.

У 114 пацієнтів виконано відкриту тромбектомію з НПВ з наступним ушиванням венотомної рани. За потреби резекції стінки НПВ у пацієнтів з імплантаційними тромбами дефекти заміщували синтетичною латкою або протезом.

У 45 (39,5%) зі 114 пацієнтів операцію завершили неповною апаратною плікацією НПВ. При цьому каваплікацію виконали у всіх пацієнтів з непухлинним тромбозом та у 23 (25,0%) з 92 хворих із пухлинним тромбозом. При виборі місця каваплікації переважав інфрааренальний відділ НПВ безпосередньо під нирковими венами — у 32 (71,1%) пацієнтів, у 12 (26,7%) — вище від ниркових вен, у 1 (2,2%) хворого — вище від печінкових вен.

До виписування зі стаціонару в 94 (21,2%) із 443 пацієнтів основної групи результати хірургічного лікування ТГВ системи НПВ оцінили як добрі, у 345 (77,9%) — як задовільні, і лише в 4 (0,9%) хворих результати хірургічного лікування були незадовільними. До виписування зі стаціонару спостерігали як місцеві, з боку операційної рани та безпосередньо ділянки оперативного втручання, так і загальні ускладнення у 38 (8,6%) із 443 хворих після тромбектомії. Рецидив тромбозу стався в 4 (0,9%) із 443 пацієнтів. Жодного випадку ТЕЛА не спостерігали. Летальних випадків не було.

За результатами спостереження протягом 1 року в 285 (67,5%) з 422 пацієнтів основної групи результати хірургічного лікування оцінили як добрі, у 132 (31,3%) — як задовільні, і лише у 5 (1,2%) пацієнтів результати були незадовільними. Ускладнення в ранній післяопераційний період виявили у 7 (1,7%) з 422 пацієнтів після відкритої тромбектомії. Рецидив тромбозу спостерігали в 5 (1,2%) з 422 пацієнтів. За період протягом 1 року летальних випадків та епізодів ТЕЛА не було.

У віддалений післяопераційний період, протягом 3 років, дослідили результати хірургічного лікування ТГВ та профілактики ТЕЛА у 78 пацієнтів основної групи. У 57 (73,1%) із 78 пацієнтів результати хірургічного лікування ТГВ системи НПВ оцінили як добрі, у 6 (7,7%) — як задовільні, і лише в 15 (19,2%) пацієнтів результати були незадовільними. У 7 (9,0%) хворих настав рецидив ТГВ. У віддалений післяопераційний період, протягом 3 років, летальних випадків та епізодів ТЕЛА не було.

На кінець третього року спостереження ознаки ХВН в основній групі були у 10,2% пацієнтів після парціальної та у 2,9% — після повної тромбектомії.

Кумуляційний аналіз результатів післяопераційного періоду показав, що добрі та задовільні результати хірургічного лікування ТГВ системи НПВ були у 89,5% пацієнтів на кінець третього року спостереження.

У контрольній групі протягом 12 місяців спостереження у 28 (23,1%) пацієнтів виявили добрі результати, у 53 (43,8%) — задовільні, а в 40 (33,1%) хворих результати були незадовільними. Рецидив тромбозу протягом 12 місяців спостереження виявили у 15 (12,4%) пацієнтів. У трьох хворих виявили ознаки ТЕЛА, у тому числі один епізод фатальної тромбоемболії. У двох пацієнтів, яким вдалося

зберегти життя після ТЕЛА, залишилися виражені ознаки інвалідизації.

На кінець першого року виражені клінічні ознаки ХВН виявили у 47 (38,8%) із 121 пацієнта контрольної групи, у тому числі в 11 (23,4%) були трофічні виразки.

На кінець третього року спостереження у 5 (8,1%) осіб контрольної групи зареєстрували добрі результати, у 24 (38,7%) — задовільні, а в 33 (53,2%) хворих результати були незадовільними. Рецидив тромбозу до кінця третього року спостереження виявили у 8 пацієнтів. У 5 хворих були ознаки ТЕЛА, у тому числі два епізоди фатальної тромбоемболії. Із трьох пацієнтів, яким вдалося зберегти життя після ТЕЛА, виражені ознаки інвалідизації залишилися у двох хворих. При цьому в одного пацієнта, який помер унаслідок тромбоемболії, вона мала рецидивний характер.

На кінець третього року спостереження виражені клінічні ознаки ХВН виявили у 32 (51,6%) із 62 пацієнтів контрольної групи, у тому числі в 7 спостерігали трофічні виразки. Таким чином, позитивного результату у віддалений період у разі консер-

вативного лікування тромбозу системи НПВ, за даними кумуляційного аналізу, вдається досягти лише у 48,8% пацієнтів.

Отже, відновлення просвіту глибоких вен системи НПВ операційним шляхом дає змогу зберегти клапанний апарат вен, запобігти розвитку посттромбофлебітичного синдрому з подальшим виникненням ХВН, значно покращити результати лікування пацієнтів з ТГВ.

Висновки

Хірургічне лікування тромбозів глибоких вен, за даними кумуляційного аналізу, дало змогу досягти позитивного результату лікування у 89,5% пацієнтів, а консервативне лікування — лише в 48,8% хворих.

На кінець третього року спостереження виражені ознаки хронічної венозної недостатності були в 51,6% пацієнтів контрольної групи і лише в 13,1% пацієнтів основної групи (10,2% — після повної тромбектомії та 2,9% — після парціальної тромбектомії).

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — В. Р., Я. П., С. Б.;

збір матеріалу, статистичне опрацювання даних — Я. П., С. Б.;

обробка матеріалу, написання тексту — Я. П.; редактування — В. Р., В. К.

Література

1. Гудз І. М. Діагностика та лікування гострого тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок і тазу. Рекомендації Товариства судинних хірургів Німеччини // Серце і судини. — 2006. — № 2 (14). — С. 34–36.
2. Кобза І. І., Гаврилів Б. М., Орел Ю. Г. та ін. Лікування флеботромбозів системи нижньої порожнистої вени, ускладнених флотациєю верхівки тромбу // Наук. вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». — 2012. — Вип. 2 (44). — С. 52–53.
3. Покровский А. В. Состояние сосудистой хирургии в России в 2007 году. — М., 2008. — 46 с.
4. Сергеев О. О., Кутюнов О. Б., Люлько І. В. та ін. Хірургічне лікування гострих венозних клубово-стегнових тромбозів // Шпитальна хірургія. — 2009. — № 4. — С. 27–29.
5. Comerota A. J. Treatment of acute iliofemoral deep venous thrombosis: a strategy of thrombus removal // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. — 2007. — Vol. 33, N 3. — P. 351–360.
6. Bergan John J. The vein book: monograph. — London-Oxford: Elsevier Academic Press, 2007. — P. 617.
7. Ekloef B. Aggressive treatment of proximal deep venous thrombosis: 6th North Sea Meeting on Venous Diseases. — Antwerpen, 2007. — P. 15–17.
8. Geier B., Ascitto G., Strohmann B. et al. Long-term results after transfemoral venous thrombectomy for iliofemoral deep venous thrombosis // Abstracts XXIII Annual Meeting European Society for Vascular Surgery (3–6 September 2009, Oslo, Norway). — P. 148.
9. Pillny M., Sandmann W. Deep venous thrombosis: surgical options. Minimally invasive venous surgery. — Turin: Edizioni Minevra Medica S.p.A., 2008. — P. 93–98.
10. Rosales A., Sanbæk G., Jørgensen J. J. Stenting for chronic postthrombotic cava and iliofemoral occlusions. clinical outcome and midterm patency // Abstracts XXIII Annual Meeting European Society for Vascular Surgery (3–6 September 2009, Oslo, Norway). — P. 59.

Хирургическое лечение пациентов с венозными тромбозами нижних конечностей

В. И. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович, С. А. Бойко

Ужгородский национальный университет

Цель работы — улучшить результаты хирургического лечения больных с тромбозами глубоких вен (ТГВ) системы нижней полой вены (НПВ).

Материалы и методы. Оценивали результаты лечения 678 больных с ТГВ системы НПВ, находившихся на лечении в хирургической клинике Закарпатской областной клинической больницы им. А. Новака. В зависимости от метода лечения больных разделили на две группы. В первую (основную) группу вошли 443 (65,3%) пациента с ТГВ системы НПВ, у кото-

рых выполнили открытую полную или частичную тромбэктомию. Во вторую (контрольную) группу вошли 235 (33,7%) пациентов с ТГВ системы НПВ, которые получали только консервативное лечение.

Результаты и обсуждение. Операционное лечение пациентов с ТГВ, по данным кумуляционного анализа, позволило достичь положительного результата у 89,5% пациентов, а консервативное лечение — только у 48,8% больных. На конец третьего года наблюдения выраженные признаки хронической венозной недостаточности в контрольной группе были у 51,6% пациентов, а в основной группе — только у 13,1% пациентов (10,2% — после полной тромбэктомии и 2,9% — после парциальной тромбэктомии).

Выводы. Восстановление просвета глубоких вен системы НПВ операционным путем позволяет сохранить клапанный аппарат вен, предотвратить развитие посттромбофлебитического синдрома с последующим возникновением хронической венозной недостаточности, значительно улучшить результаты лечения пациентов с ТГВ.

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен, нижняя полая вена, тромбэктомиа, консервативное лечение.

Surgical treatment of venous thromboses of lower extremities

V. I. Rusyn, V. V. Korsak, Ya. M. Popovich, S. O. Boiko

Uzhhorod National University

The aim — to improve the results of treatment of deep vein thrombosis (DVT) in the system of vena cava inferior.

Materials and methods. 678 patients with DVT in the system of vena cava inferior were treated in the surgical clinic of the Regional Clinical Hospital A. Novak. Considering the method of treatment, the patients were divided into two groups. The first (main) group consisted of 443 (65.3%) patients with deep vein thrombosis (DVT) in the system of the vena cava inferior (VCI), who underwent an open full or partial thrombectomy. The second (control) group included 235 (33.7%) patients with DVT in the VCI system receiving only conservative treatment.

Results and discussion. Surgical treatment of deep vein thrombosis according to the cumulative analysis allowed to achieve a positive result of treatment in 89.5% of patients, and with conservative treatment — only in 48.8% of patients. At the end of 3 years of observation, the marked signs of chronic venous insufficiency in patients in the control group were observed in 51.6% of patients, and in the main group — only in 13.1%.

Conclusions. Surgical lumen restoration of deep veins in the system of the vena cava inferior allows to preserve vein valves, prevent postthrombophlebitic syndrome with following chronic venous insufficiency occurrence, to improve treatment results in patients with DVT.

Key words: deep vein thrombosis, vena cava inferior, thrombectomy, conservative treatment.