

ХІРУРГІЯ

УДК 616.146 - 008.8 - 089.813 .2 - 0324.1

©С. Я. Костів, І. К. Венгер, І. А. Ненашко

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

КАВАПЛІКАЦІЯ В ПОПЕРЕДЖЕННІ ТЕЛА ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ІЛЕОФЕМОРАЛЬНИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ

КАВАПЛІКАЦІЯ В ПОПЕРЕДЖЕННІ ТЕЛА ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ІЛЕОФЕМОРАЛЬНИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ – У роботі розглянуто особливості хірургічної тактики в пацієнтів із післяопераційним тромботичним процесом у системі нижньої порожнистої вени. Акцентується увага на застоюванні післяопераційного ультразвукового моніторингу з метою ранньої діагностики венозного тромбозу. Залежно від рівня поширення та ступеня ембологенності тромботичного процесу розроблено показання до різних видів каваплікації нижньої порожнистої вени.

КАВАПЛІКАЦІЯ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ТЭЛА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИЛЕОФЕМОРАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ – В работе рассмотрены особенности хирургической тактики у пациентов с послеоперационным тромботическим процессом в системе нижней полой вены. Акцентируется внимание на применении послеоперационного ультразвукового мониторинга с целью ранней диагностики венозного тромбоза. В зависимости от уровня распространения и степени эмбологенности тромботического процесса разработаны показания к различным видам кавапPLICATIONИ нижней полой вены.

CAVAPPLICATION IN THE PREVENTION OF PULMONARY EMBOLISM AFTER POSTOPERATIVE ILEOFEMORAL VENOUS THROMBOSIS – In this paper the features of surgical treatment in patients with postoperative thrombotic processes in the inferior vena cava. Attention is focused on the use of postoperative ultrasound monitoring for early diagnosis of the venous thrombosis. Depending on the prevalence and degree embologenic thrombotic process developed indications for various types cavapPLICATION of the inferior vena cava.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен, ембологенність, каваплікація.

Ключевые слова: тромбоз глибоких вен, ембологенность, кавапPLICATION.

Key words: deep vein thrombosis, embologenic, cavapPLICATION.

ВСТУП Післяопераційні тромбози в системі нижньої порожнистої вени (НПВ) складають реальну небезпеку як джерело тромбоемболії легеневої артерії [1]. Клінічно і субклінічно значуща ТЕЛА в післяопераційному періоді діагностують у 32–45 % спостережень [2]. Для профілактики ТЕЛА при діагностованих ембологенних формах флеботромбозу Н. А. Гордєєв і співав. [3] пропонують застосовувати неповну кавапPLICATION НПВ. В. І. Русин [4] при операціях на органах малого таза в умовах ілеофemorального тромбозу рекомендує проводити апаратну неповну кавапPLICATION НПВ.

Метою роботи стало розробити показання до кавапPLICATION НПВ при хірургічному лікуванні післяопераційного ембологенного ілеофemorального венозного тромбозу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ З 2009 до 2013 року тромбоз в системі НПВ, як ускладнення 693 операційних

втручань на органах черевної порожнини і артропластики кульшового суглоба, діагностовано у 143 (20,6 %) спостереженнях. Чоловіків було 87 (60,8 %), жінок – 56 (39,2 %) віком від 44 до 68 років, середній вік хворих (58,3±10,2) року. Післяопераційний тромботичний процес діагностовано у поверхневій венозній системі нижніх кінцівок у 31 (21,8 %) обстежуваного, в глибокій венозній системі – у 112 (78,2 %).

Ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) проводили на апаратах ULTIMAPA (Україна) і ThoshibanemiOXG (Японія) з використанням конвексних датчиків із частотою 2–5, 4–6 МГц і лінійних датчиків з частотою 5–12 МГц.

Із 143 післяопераційних тромбозів у 112 (78,3 %) спостереженнях діагностовано тромботичний процес у глибокій венозній системі нижніх кінцівок. У 50 (48,2 %) останній було діагностовано на 4 добу, а у 53 (47,3 %) – на 5–6 добу післяопераційного періоду. Ембологенний тромб у 9 (8,0 %) спостереженнях (стегнова вена – 5, підколінна вена – 2) діагностували під час моніторингового УЗДС венозної системи нижніх кінцівок на 3 добу післяопераційного періоду. У 35 хворих діагностовано флотацію верхівки тромба, а у 19 – емболонебезпечний оклюзійний тромб у басейні глибоких вен в системі нижньої порожнистої вени. Всі пацієнти (54 (48,2 %)), у яких встановлено флотацію верхівки тромба й емболонебезпечний оклюзійний тромб, оперовані за ургентними показаннями.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Два пацієнти з ілеофemorальною локалізацією тромботичного процесу, флотуюча верхівка якого поширювалася в інфраренальний сегмент нижньої порожнистої вени (НПВ) (довжина флотуючої верхівки сягала 12 см) оперовані відразу після верифікації діагнозу. Хірургічне лікування розпочинали з проведення доступу до НПВ із застосуванням правосторонньої параректальної лапаротомії. Після виконання каватомії інфраренального сегмента НПВ і видалення флотуючої частини тромба проводили неповну апаратну кавапPLICATION нижче реальних вен. Виконання останньої забезпечували апаратом УКБ 15-1, в якому танталові скоби розміщуються вертикально в позиції “одна через три”, що дає можливість створити в НПВ у поперечному напрямку симетричні канали діаметром 5–7 мм. Продовжували операційне втручання шляхом здійснення доступу до судинного пучка на стегні ураженої тромботичним процесом нижньої кінцівки. З цього доступу виконували катетерну тромбектомію з ілеофemorального сегмента із застосуванням кільця Vollmar.

У пацієнтів з ілеофemorальним тромбозом і флотацією його верхівки на рівні загальної клубової вени

(5 спостережень) і в 2 спостереженнях за наявності емболонебезпечного гетерогенного дистального сегмента флеботромбозу на рівні загальної клубової вени операційне втручання розпочинали з проведення лапароскопічної неповної апаратної кавалікації. Лапароскопічну неповну кавалікацію з використанням ендоскопічного степлера, з касети якого видаляли частину скоб, створюючи проміжки між ними в 5–6 мм, виконували з веденням портів правобічний доступ. Після цього приступали до проведення трьохкатетерного методу хірургічної тромбектомії із ілеофemorального сегмента. Метою застосування вказаної методики було попередження фрагментації тромба і його просування у НПВ. Використовували стеговні доступи обох нижніх кінцівок. Через флеботомний отвір в проксимальному напрямку вводять катетер для тромбектомії. До цього моменту через флеботомний отвір контралатеральної кінцівки вводять один катетер для оклюзії НПВ, а другий – для оклюзії загальної клубової вени. Наступні маніпуляції виконують за такою послідовністю: катетерна тромбектомія з ураженого тромботичним процесом клубового сегмента з використанням балонного катетера з кільцем Vollmar; зняття оклюзії контралатеральної ЗКВ для отримання ретроградного кровотоку по звільненому від тромботичних мас клубовому сегменту, а в подальшому видаляли катетер з НПВ в роздутому положенні. Після виконання тромбектомії з клубових вен за необхідності проводили тромбектомію із стеговних вен і гирла всіх притоків (3 спостереження). У 4 спостереженнях проведено перев'язку стеговної вени нижче глибокої вени стегна. У вказаній групі пацієнтів формували тимчасову проксимальну артеріо-венозну норицю, яку ліквідували під контролем УЗД через 3–4 тижні після проведення операційного втручання.

У хворих з ілеофemorальною локалізацією тромба з флотацією верхівки у зовнішній клубовій вені (9 спостережень) і емболонебезпечним оклюзійним тромбом зовнішньої клубової вени (6 спостережень) проводили операційне втручання із стеговного доступу. Останній дозволяє виконати двокатетерним методом видалення тромба із зовнішньої клубової і загальної стеговної вен, використовуючи балонний катетер з кільцем Vollmar. У 4 пацієнтів зазначеної групи тромбектомію з зовнішньої клубової і загальної стеговної вен закінчували перев'язкою стеговної вени нижче гирла глибокої вени стегна. В 5 пацієнтів вказаної групи, у зв'язку з труднощами відновлення прохідності глибокої вени стегна в умовах тромбозу стеговної вени, формували тимчасову проксимальну артеріо-венозну норицю, яку ліквідували під контролем УЗД через 3–4 тижні після проведення тромбектомії.

При локалізації флотуючого тромба на рівні загальної стеговної вени (14 спостережень), а також 7 спостережень із емболонебезпечним оклюзійним тромбом на рівні загальної стеговної вени проводили видалення тромба із загальної стеговної вени (флотуючий сег-

мент, емболонебезпечний сегмент оклюзійного тромба) з наступною перев'язкою стеговної вени нижче гирла глибокої вени стегна.

Пацієнтам із флотуючим тромбом у стеговній (5 спостережень) і в подколінній (2 спостереження) венах, а також пацієнтам із емболонебезпечним оклюзійним тромбом у СВ (1 спостереження) проводили перев'язку стеговної вени нижче гирла глибокої вени стегна.

Всім пацієнтам призначали антикоагулянтну терапію. Перевагу надавали низькомолекулярним гепаринам з наступним переводом на антикоагулянти непрямої дії (варфарин, ксарелто). У схемі лікування включали дезагреганти, нестероїдні протизапальні препарати, флеботропні препарати, препарати впливу на мікроциркуляцію та нормалізацію ендотеліальної дисфункції і компресійний трикотаж.

ВИСНОВКИ Частота післяопераційних тромбозів серед пацієнтів, яких включено в дослідження, у системі нижньої порожнистої вени склала 20,6 %, причому тромботичний процес у поверхневій венозній системі нижніх кінцівок встановлено у 21,8 % спостереженнях, а в глибокій венозній системі – 78,2 % випадків.

Застосування ультразвукового моніторингу стану венозного русла системи нижньої порожнистої вени у післяопераційному періоді дозволяє своєчасно діагностувати розвиток тромботичного процесу і вибрати адекватну тактику попередження та лікування венозних тромбоемболічних ускладнень.

При поширенні верхівки флотуючого ілеофemorального тромба до рівня загальної клубової вени з метою попередження розвитку ТЕЛА у післяопераційних хворих перед тромбектомією слід виконувати лапароскопічну неповну кавалікацію.

Перспективи подальших досліджень Перспективним є вивчення віддалених результатів різних методів тромбектомії та парціальної кавалікації у пацієнтів із післяопераційним тромботичним процесом у системі нижньої порожнистої вени.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вардянян А. В. Послеоперационные венозные тромбозы – реальная опасность и современные методы профилактики / А. В. Вардянян // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 67–72.
2. Guidelines for the management of suspected acute pulmonary embolism. British Thoracic Society Standards of Care Committee Pulmonary Embolism Guideline Development Group // Thorax. – 2003. – 58 (6). – 470–483.
3. Профилактика тромбоза эмболии легочной артерии клипирования нижней полой и подвздошной вен: показания, техника, ближайшие и отдаленные результаты / Н. А. Гордеев [и соавт.] // Новости хирургии. – 2010. – Т. 8, № 4. – С. 157–163.
4. Прямі методи парціальної оклюзії нижньої порожнистої вени / В. І. Русин, В. В. Корсак, Ю. А. Левчак, А. Н. Тернушак // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2012. – № 2 (44). – С. 106–111.

Отримано 10.03.14