

УДК 616–005.6+616.1–005.6–089.12

ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПРИВОДУ ПІСЛЯТРОМБОТИЧНОЇ ХВОРОБИ

О. В. Косинський, Д. Л. Бузмаков

Український державний науково–дослідний інститут медико–соціальних проблем інвалідності МОЗ України, м. Дніпропетровськ

SUBSTANTIATION OF CHOICE OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS, SUFFERING POSTTHROMBOTIC DISEASE

O. V. Kosynskiy, D. L. Buzmakov

РЕФЕРАТ

Наведені результати відновного лікування 52 пацієнтів з приводу післятромботичної хвороби (ПТХ) нижніх кінцівок (НК). Усім пацієнтам проведено клінічне обстеження, ультразвукове дуплексне сканування венозної системи, визначені вміст D–димеру (ДД) та активності антитромбіну–III (АТ–III) у загальному та регіонарному кровотоку. У 80,8% хворих встановлені показання до виконання втручань для корекції порушень венозної гемодинаміки. Визначення рівня ДД та АТ–III в системному та регіонарному венозному кровотоку в поєднанні з даними дуплексного сканування венозної системи дозволило диференційовано виконувати оперативні втручання. Це сприяло зменшенню тривалості відновного лікування у стаціонарі на 25%, покращенню віддалених результатів лікування на 33% внаслідок зменшення частоти рецидивів і трофічних ускладнень ПТХНК.

Ключові слова: післятромботична хвороба нижніх кінцівок; хірургічне лікування; медична реабілітація.

SUMMARY

The results of restoration treatment of 52 patients, suffering the lower extremities postthrombotic disease (LEPD). In all the patients there were conducted clinical examination, the venous system ultrasound duplex scanning, determination of D–dimer content and antithrombin–III activity in general and regional blood flow. In 80.8% patients the indications for performance of interventions, correcting venous hemodynamics disorders, were established. Determination of D–dimer and antithrombin–III levels in systemic and regional blood flow in conjunction with data of the venous system duplex scanning, have permitted to perform operative interventions differentially. This have had promoted to reduce the restoration stationary treatment duration by 25%, as well as the LEPD recurrences and trophic complications rate.

Key words: postthrombotic disease of the lower extremities; surgical treatment; medical rehabilitation.

В останні роки збільшилася увага науковців до питань лікування, медичної реабілітації та відновної терапії пацієнтів при ПТХНК [1, 2]. За даними епідеміологічних досліджень, збільшилася кількість пацієнтів, у яких діагностовано ПТХНК [3]. Так, за прогнозами науковців, до 2020 р. вона збільшиться майже вдвічі [4]. Сучасне комплексне лікування пацієнтів з приводу ПТХНК дозволяє у 35–55% з них лише припинити прогресування захворювання [5]. Як наслідок, статистичні показники свідчать про збільшення інвалідизації через ПТХНК [6]. При цьому, показник повної реабілітації пацієнтів, яким встановлено інвалідність внаслідок ПТХНК, в країні не перевищує 1,08% [6]. Низькі показники реабілітації зумовлені недостатнім застосуванням оперативних втручань в комплексі відновного лікування пацієнтів.

Обмежене використання оперативного лікування хворих зумовлене відсутністю чітких показань, строків виконання та обсягу втручання [7]. Крім того, під час визначення показань та обсягу відновного оперативного втручання не беруть до уваги стан системного та регіонарного гемостазу та переоцінюють дані сонологічного дослідження. До того ж, не має одностайної думки щодо вибору методу хірургічного втручання. Деякі автори віддають перевагу операціям, спрямованим на корекцію порушень кровотоку по глибоких венах НК, інші – в основному усувають рефлюкс в системі поверхневих вен НК [8, 9], обґрунтовуючи це хорошими віддаленими результатами корекції порушень венозного кровотоку [8].

Таким чином, патогенетичне обґрунтування і вибір обсягу хірургічного втручання в медичній реабілітації пацієнтів з приводу ПТХНК дозволить покращити результати відновного лікування та зменшити частоту інвалідизуючих ускладнень.

Мета дослідження: покращити результати медичної реабілітації пацієнтів при ПТХНК шляхом патогенетичного (за показниками системного та регіонарного гемостазу), обґрунтування вибору обсягу оперативного втручання.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В клініці проведена медична реабілітація 52 пацієнтів з приводу ПТХНК. Чоловіків було 35 (67,3%), жінок — 17 (32,7%). Вік хворих у середньому ($48 \pm 2,5$) року, жінок — ($52 \pm 3,1$) року. Відповідно до класифікації CEAP, хронічна венозна недостатність класу C6 відзначена у 20 (38,5%), C5—C3 — у 32 (61,5%) хворих. Інвалідність внаслідок ПТХНК встановлена у 29 (55,8%) пацієнтів, в тому числі II групи — у 5 (9,6%), III групи — у 24 (46,2%). До МСЕК не зверталися 23 (44,2%) хворих, у них інвалідність не встановлена.

Всім хворим проведені клінічне обстеження, ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) венозної системи з обчисленням швидкісних характеристик, визначали рівень ДД, активність АТ—ІІІ у загальному та регіонарному кровотоку, досліджували маркери тромбофілії. Визначали співвідношення рівня ДД у різних венозних басейнах. Референтне значення ДД вважали менше 0,5 мкг/мл, АТ—ІІІ — 80—120%. За даними УЗДС венозної системи НК однобічне ураження глибоких вен діагностували у 47 (90,4%), двобічне — у 5 (9,6%) пацієнтів. Хірургічне втручання планували за згоди хворого, з огляду на характер ураження венозної системи НК, стан фібринолітичної та антикоагуляційної систем організму, наявність ускладнень хвороби, тяжкість венозної недостатності та вид раніше виконаного оперативного втручання. Залежно від обсягу реабілітації пацієнти розподілені на дві групи. У 25 (48,1%) хворих (1—ша група) проведено консервативне лікування (медикаментозна, компресійна терапія). У 27 (51,9%) хворих (2—га група) за показаннями виконане хірургічне втручання. За основними показниками групи репрезентативні.

Отримані дані аналізували з використанням варіаційних та кореляційних методів статистики за допомогою стандартних пакетів Excel (2007) та Statistica (2010).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними скринінгового методу (УЗДС), у 42 (80,8%) хворих встановлені показання до виконання операції, спрямованої на корекцію порушень венозного кровотоку. При цьому визначали абсолютну неспроможність клапанів поверхневих магістральних вен, їх приток та/або пронижних вен (ПВ) гомілки і стегна з інвертованим кровотоком, відсутність оклюзії судин підколінно—гомілкового венозного сегмента або двох проксимальних сегментів. При цьому ознаки неспроможності клапанів 4 ступеня (4 бали за шкалою VSDS) підколінної та гомілкових вен не виявлені. Під час вибору обсягу операції оцінювали стан системи фібринолізу та антикоагуляційний потенціал в системному та регіонарному кровотоку, що дозволило не тільки обрати вид лікування, а й прогнозувати швидкість процесів реканалізації уражених

глибоких вен НК та ймовірність виникнення ретромбозу.

Оперативне втручання було відстроченим у 10 (19,2%) пацієнтів — у зв'язку з підвищенням рівня ДД удвічі, у 6 (11,5%) — зниженням активності АТ—ІІІ менше 80% у системному венозному кровотоку. Співвідношення рівня ДД в системному і регіонарному кровотоку визначене у 26 (51,9%) пацієнтів. За його величини 0,95 і менше у 12 (23,1%) хворих виконані операції на підшкірних венах і ПВ за абсолютної неспроможності клапанів. Здійснювали субфасціальну ендоскопічну дисекцію ПВ (СЕДПВ) як ізольовану операцію — у 3 (5,8%) пацієнтів, в поєднанні з стріпінгом великої підшкірної вени ноги — ще у 3 (5,8%). Ізольована надфасціальна дисекція ПВ (НДПВ) виконана у 2 (3,8%) хворих, у поєднанні з стріпінгом великої підшкірної вени ноги — у 3 (5,8%). У 15 (28,8%) пацієнтів співвідношення рівня ДД перевищувало 0,95, їм здійснено дисекцію ПВ з максимальним видаленням підшкірних вен з використанням СЕДПВ і транслюмінаційної венектомії — у 10 (19,2%), СЕДПВ з видаленням магістральних неспроможних підшкірних вен — у 5 (9,6%).

У 8 (32%) хворих 1—ї групи за наявності трофічних виразок (C6 за класифікацією CEAP) проведено місцеве лікування з огляду на стадію ранового процесу з використанням сорбційних пов'язок. Етапне хірургічне втручання виконане у 12 (23%) пацієнтів 2—ї групи з трофічними ускладненнями. При цьому, першим етапом здійснювали дебридмент виразки з закриттям рани сорбційною пов'язкою, у подальшому — аутодермопластику з використанням розщепленого клаптя шкіри або аутоліпопластику за методикою клініки. Другий етап виконаний в 1 (8,3%) пацієнта — до оперативного втручання на венозній системі, у 9 (75,1%) — симультанно, в 1 (8,3%) — після операції на венозній системі. В 1 (8,3%) хворого за відсутності показань до венотрофічного втручання здійснено ізольовану аутодермопластику. У 15 (55,6%) хворих оперативні втручання виконували при виявленні за даними УЗДС тотальної чи субтотальної реканалізації уражених венозних сегментів. У 6 (22,2%) хворих втручання виконане за часткової реканалізації, у 6 (22,2%) — оклюзії однієї з глибоких вен НК.

Після ізольованої СЕДПВ у 2 хворих через 6 міс виявлено тотальну реканалізацію ураженого сегмента, здійснено венектомію великої та малої підшкірних вен. У 3 хворих за даними УЗДС у строки до 11 міс діагностували субтотальну реканалізацію, виконано венектомію великої та малої підшкірних вен, НДПВ та венектомію за Мюллером. Клінічно значущих ускладнень у ранньому післяопераційному періоді не було. У 1—ї групі тривалість лікування у стаціонарі становила у середньому ($17,3 \pm 1,5$) дня, що було на 25%

більше, ніж в 2-й групі — $(12,1 \pm 1,6)$ дня ($P < 0,05$).

Віддалені результати медичної реабілітації проаналізовані у строки від 1 до 5 років. У 1-й групі у 15 (60%) пацієнтів досягнуті хороші віддалені результати відновного лікування, загоєння виразок, зменшення тяжкості венозної недостатності. Рецидиви трофічної виразки у строки до 1 року виникли у 10 (40%) пацієнтів 1-ї групи, з них у 8 (32%) — на тлі погіршення стану венозної гемодинаміки в ураженій НК та зниження рівня ДД в регіонарному кровотоку більш ніж на 55% від початкового рівня ($P < 0,05$). У 2-й групі після оперативної корекції порушень венозного кровотоку відмінні та хороші результати відзначені у 92,6% пацієнтів. Причиною незадовільного результату реабілітації у 2 (7,4%) хворих було недотримання режиму компресійної та обсягу медикаментозної терапії після операції. Один хворий, у якого встановлено інвалідність II групи, у віддаленому післяопераційному періоді оперований, здійснено мініфлебектомію з видаленням трофічної виразки та аутодермопластиком.

Таким чином, ретельне обстеження пацієнтів при ПТХНК, оцінка показників системного та регіонарного гемостазу дають можливість визначити тактику лікування та диференційовано обрати показання та обсяг оперативного втручання.

ВИСНОВКИ

1. У 80,8% пацієнтів при ПТХНК встановлюють показання до виконання коригувальних операцій як за часткової реканалізації ураженого сегмента, так і оклюзії до 22,2%.

2. Визначення рівня ДД і активності АТ—ІІІ в системному та регіонарному кровотоку дозволяє диференційовано встановлювати показання та обсяг оперативного втручання.

3. Патогенетичне обґрунтування методів та обсягу хірургічного втручання забезпечує покращання як безпосередніх результатів завдяки зменшенню на 25% тривалості лікування у стаціонарі, так і віддалених, шляхом зменшення частоти рецидивів і трофічних ускладнень.

4. Перспективне подальше дослідження віддалених результатів застосування патогенетично обґрунтованого обсягу хірургічного лікування хворих з огляду на показники регіонарного та системного гемостазу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чернуха Л. М. Современные подходы к лечению хронических заболеваний вен: новости с Европейского венозного форума, 2012 / Л. М. Чернуха // Здоров'я України. — 2012. — Тем. номер: листопад. — С.14 — 15.
2. Vazquez S. R. Postthrombotic syndrome / S. R. Vazquez, S. R. Kahn // Circulation. — 2010. — Vol. 121. — P. 217 — 219.
3. Comerota A. J. Guidelines in chronic venous disease: providing clinicians with better decision-making tools / A. J. Comerota // Medicographia. — 2011. — Vol. 33, N 3. — P. 231 — 234.
4. Comerota A. J. The future of deep venous thrombosis and post-thrombotic syndrome in 2020 / A. J. Comerota // Phlebology. — 2012. — Vol. 27, N 1. — P. 95 — 102.
5. Kahn S. R. Post-thrombotic syndrome after deep venous thrombosis: risk factors, prevention, and therapeutic options / S. R. Kahn // Clin. Adv. Hematol. Oncol. — 2009. — Vol. 7, N 7. — P. 21 — 26.
6. Косинський О. В. Структура первинної інвалідності у хворих на захворювання венозної системи нижніх кінцівок в Україні / О. В. Косинський, Д. Л. Бузмаков // Укр. вісн. мед.-соц. експертизи. — 2011. — № 3(1). — С. 31 — 36.
7. Безродний Б. Г. Значення інструментальних методів обстеження для вибору тактики хірургічного лікування хворих на посттромботичну хворобу / Б. Г. Безродний, О. М. Петренко, Л. Д. Мартинюк // Хірургія України. — 2006. — № 1. — С. 59 — 63.
8. Клинико-гемодинамический эффект субфасциальной эндоскопической диссекции перфорантных вен голени при тяжелой хронической венозной недостаточности, обусловленной посттромботическим синдромом / Е. В. Гуцу, Д. А. Касьян, В. С. Кулюк [и др.]: Материалы XXVI съезда ангиологов России // Ангиология. — 2010. — № 2. — С. 183 — 184.
9. Puggioni A. Superficial vein surgery and SEPS for chronic venous insufficiency / A. Puggioni, M. Kalra, P. Glowiczki // Seminars in Vasc. Surg. — 2011. — Vol. 18, N 1. — P. 41 — 48.

