

© І.І. Кобза, Б.М. Гаврилів, Ю.Г. Орел, Р.А. Жук, М.Г. Орел, А.Т. Кіхтяк, С.А. Лебедєва, В.Д. Лужанський, 2012

УДК 616.14:617.58]–005.6–085.273.52

¹І.І. КОБЗА, ²Б.М. ГАВРИЛІВ, ¹Ю.Г. ОРЕЛ, ¹Р.А. ЖУК, ¹М.Г. ОРЕЛ, ²А.Т. КІХТЯК, ²С.А. ЛЕБЕДЕВА, ²В.Д. ЛУЖАНСЬКИЙ

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра хірургії №2;

²Львівська обласна клінічна лікарня, відділення судинної хірургії, Львів

ЛІКУВАННЯ ФЛЕБОТРОМБОЗІВ СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ, УСКЛАДНЕНИХ ФЛОТАЦІЄЮ ВЕРХІВКИ ТРОМБУ

Проаналізовано результати лікування 64 хворих з тромбозами глибоких вен (ТГВ), ускладнених флотацією верхівки тромбу. Залежно від способу лікування всіх пацієнтів поділено на три групи: I група – 32 хворих, яким проводилася тромболітична терапія з подальшим прийомом антикоагулянтів; II група – 16 хворих, які отримували антикоагулянтну терапію та/чи рівароксабан; III група – 16 хворих, яким провели оперативне втручання – видалення флотуючого сегменту тромбу під проксимальним контролем та пластику стегнової вени з подальшим прийомом антикоагулянтів. Довжина флотуючої верхівки коливалась від 2,5 см до 12,0 см. Поєднання тромболітичної та антикоагулянтної терапії можна вважати патогенетично обґрунтованим та ефективним методом лікування ТГВ, ускладнених флотацією тромбу. Хірургічне видалення флотуючого тромбу дозволяє покращити венозну гемодинаміку та досягти добрих ранніх результатів з регресом клінічної симптоматики.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен; флотуючий тромб; антикоагулянтна терапія, тромболітична терапія, венозна тромбектомія

Вступ. Незважаючи на багаторічний міжнародний досвід вивчення венозного тромбоемболізму і пов'язаних з ним ускладнень, останній залишається важливою соціально-медичною проблемою сучасності [1–4]. За даними американських та європейських епідеміологічних досліджень, частота тромбозу глибоких вен (ТГВ) становить до 150 випадків на 100 тис. населення, тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) – до 70 випадків на 100 тис. населення [1–3, 5]. Численні рандомізовані клінічні дослідження демонструють ефективність оперативного лікування, антикоагулянтної та фібринолітичної терапії, але структура захворюваності, інвалідизація і летальність не мають тенденції до зниження, лікувальна тактика залишається актуальною проблемою сучасної судинної хірургії [2–4, 6]. Комплексне лікування ТГВ повинно базуватися на патогенетично обґрунтованій терапії, метою якої є профілактика повторних тромбоемболічних ускладнень, регрес клінічної симптоматики і запобігання прогресуванню тромботичного процесу [1, 2, 7, 8].

Мета дослідження. Оцінити ефективність та безпечність тромболітичної, антикоагулянтної терапії та оперативного лікування хворих з ТГВ, ускладнених флотацією верхівки тромбу.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 64 хворих з ТГВ, ускладнених флотацією голівки тромбу, яким проводили тромболітичну, антикоагулянтну терапію та хірургічне лікування у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні з вересня 2004 р. по липень 2012 р. Спостерігали 28 (43,8%) жінок і 36 (56,2%) чоловіків віком від 36 до 67 років (у середньому – 56,4 р.). Хворі госпіталізовані в терміні від однієї до 17 діб (у середньому – 8,7 доби) від початку захворювання.

Пацієнти обстежені згідно із загальноприйнятими стандартами, які включали загальноклінічні та біохімічні лабораторні обстеження, аналіз змін коагулограми, ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографію органів грудної клітки. Діагностична програма включала обов'язкове ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) вен нижніх кінцівок і тазу. У всіх випадках тромботичне ураження глибоких вен займало два та більше анатомічні сегменти. Флотуюча голівка тромбу мала наступну локалізацію: 5 (7,8%) хворих – у підколінній вені, 17 (26,6%) – у стегнової вені, 20 (31,3%) у загальній стегнової вені та 22 (34,3%) – у зовнішній клубовій вені. Згідно з результатами УЗДС довжина флотуючої голівки коливалась від 2,5 см до 12,0 см. Залежно від обраного методу лікування пацієнтів поділено на три групи:

I група – 32 хворих, яким провели тромболітичну терапію з подальшим прийомом антикоагулянтів;

II група – 16 хворих, які отримували класичну антикоагулянтну терапію та/або рівароксабан;

III група – 16 хворих, яким виконали оперативне втручання – видалення флотуючого сегменту тромбу під проксимальним контролем та пластику загальної стегнової вени з подальшим прийомом антикоагулянтів.

Результати досліджень та їх обговорення. Останнє десятиліття знаменне науковими працями, присвяченими ефективності як тромболітичної й антикоагулянтної терапії, так і хірургічного лікування ТГВ [2–6]. Клінічні дослідження вказують на ефективність та низький рівень ускладнень тромболітичної терапії та оперативного лікування в окремих центрах, які мають відповідний досвід [2–4, 6–8].

Спостерігали наступні результати: у хворих I групи повна реканалізація тромбозу – 22 (68,8%)

хворих, часткова реканалізація – 10 (31,2%) хворих, лізис флотуючого тромбу – 31 (96,8%) пацієнта. У пацієнтів II групи реканалізація тромбозу через 2 тижні була частковою в 7 (43,8%), без реканалізації – у 9 (56,2%), лізис флотуючого тромбу – в 15 (93,8%) хворих. У всіх 16 (100%) хворих III групи регресував біль та зменшився набряк, а при контрольному УЗДС відзначене повне відновлення прохідності оперованого венозного сегменту, тільки в одного (6,2%) пацієнта результат лікування розцінено як задовільний: утримувалися біль та набряк кінцівки, хоча при контрольному УЗДС встановили повне відновлення прохідності оперованого венозного сегменту.

Серед ускладнень у хворих I групи відзначили підшкірні гематоми в 20 (62,5%) пацієнтів, алергі-

чні реакції в 2 (6,3%) хворих, пірогенні – у 8 (25%) хворих. У II групі спостерігали появу гематом у 5 (31,3%) пацієнтів. У III групі в одного (6,3%) хворого розвинулася лімфореза з післяопераційної рани, припинена консервативно. Тромбоемболічних ускладнень та летальних вислідів не спостерігали.

Висновки.

1. Поєднання тромболітичної та антикоагулянтної терапії можна вважати патогенетично обгрунтованим та ефективним методом лікування флеботромбозів системи НПВ, ускладнених флотацією тромбу.

2. Хірургічне видалення флотуючого тромбу дозволяє покращити венозну гемодинаміку та досягти добрих ранніх результатів з регресом клінічної симптоматики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Усенко Л.В. Прикладные аспекты профилактики и лечения венозных и артериальных тромбозов в клинике внутренних болезней и отделениях интенсивной терапии / Л.В. Усенко, А.В. Царев, Е.В. Петрошенко. — Днепропетровск, 2007. — 75 с.
2. Чернуха Л.М. Тромбоз глубоких вен. От патогенеза к лечению / Л.М. Чернуха, А.А. Гуч, П.И. Никульников [та ін.] // Клінічна флебологія. — 2011. — Т. 4, №1. — С. 113—116.
3. Investigators. Subcutaneous adjusted—dose unfractionated heparin vs fixed—dose low—molecular—weight heparin in the initial treatment of venous thromboembolism / Prandoni P, Carnovali M, Marchiori [et al.] // Arch Intern Med — 2004. — Vol. 164. — P.1007—83.
4. Long—Term Survival in a Large Cohort of Patients with Venous Thrombosis: Incidence and Predictors / Flinterman L.E., Vlieg A., van H., Cannegieter S.C. [et al.] // Plos Med. — 2012. — Vol. 9(1). — e1001155.
5. Кириенко А.И. Острый венозный тромбоз: базовые принципы терапии / А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин // Медицина неотложных состояний. — 2006 — №4(5). — С. 161 — 163.
6. Perler V. Thrombolytic therapies: the current state of affairs / V. Perler // J. Endovasc. Ther. — 2005. — Vol. 3, №12. — P.224—232.
7. Міждисциплінарні клінічні рекомендації. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика. — Київ, 2011. — 63 с.
8. Український Національний Консенсус. Артеріальні, венозні та тромбоемболії. Профілактика та лікування. — К.: «Віпол», 2006. — 72 с.

¹I.I.KOBZA, ²V.M.HAVRYLIV, ¹YU.G.OREL, ¹R.A.ZHUK, ¹M.G.OREL, ²A.T.KIHTYAK, ²S.A.LEBEDEVA, ²V.D.LUZHANSKYJ

¹Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Chair of Surgery №2; ²Lviv Regional Clinical Hospital, Department of Vascular Surgery, Lviv, Ukraine.

TREATMENT OF DEEP VEIN THROMBOSIS IN THE SYSTEM OF VENA CAVA INFERIOR, COMPLICATED BY THROMBUS APEX FLOTATION

Results of management of 64 patients with DVT complicated with thrombus apex flotation were analyzed. Depending on the method of treatment patients were divided into three groups: I – 32 pts, who received thrombolytic therapy and anticoagulants; II – 16 pts, who received anticoagulant therapy and/or rivaroxaban; III – 16 pts, who underwent surgery – removal of thrombus flotation segment under the control of proximal and plastic common femoral vein. Length of floating thrombus apex ranged from 2.5 cm to 12.0 cm. Combination of thrombolytic and anticoagulant therapy can be considered as pathogenetically justified and effective treatment of DVT complicated with thrombus apex flotation. Surgical removal of the floating thrombus allows to improve venous hemodynamic and to achieve good early results with the regression of clinical symptoms.

Key words: deep vein thrombosis; thrombus flotation; anticoagulant therapy; thrombolytic therapy; venous thrombectomy

Стаття надійшла до редакції: 2.04.2012 р.