

УДК: 616.14-007.64

О.Б. КУТОВИЙ¹, О.О. СЕРГЄЄВ², О.І. АБРАМОВА¹¹Дніпропетровська медична академія МОЗ України, кафедра хірургії №2, Дніпропетровськ, Україна; ²Обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова, відділення судинної хірургії, Дніпропетровськ**ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ВЕНОЗНИМ ТРОМБОЗОМ СТЕГНОВО-КЛУБОВОГО СЕГМЕНТУ**

Проведена порівняльна оцінка ефективності різних методів лікування тромбозу глибоких вен, зокрема консервативного та хірургічного, з використанням тромбектомії та накладання артеріо-венозної фістули за вдосконаленою методикою. Встановлено, що застосування хірургічного лікування призвело до зниження частоти ретромбозів протягом першого року лікування з 56,8% до 40,0%, частоти посттромбофлебітичної хвороби – з 63,6% до 35,0%.

Ключові слова: гострий венозний тромбоз, артеріо-венозна фістула

Вступ. Тромбоз глибоких вен (ТГВ) – одна з актуальних проблем сучасної хірургії, у зв'язку з постійно зростаючою частотою захворювання, високим ризиком розвитку ускладнень, зокрема тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), інвалідизацією хворих. За даними літератури, наприклад, в США частота ТГВ складає від 71 до 117 випадків на 100 тисяч населення, щорічно близько у 2 мільйонів чоловік діагностується ТГВ, у 600 тисяч – ТЕЛА, летальність при якій сягає 10% [1-2, 3]. Численні методи профілактики і лікування ТГВ, на жаль, не призводять до бажаних результатів: кількість ТЕЛА в Україні щорічно складає 100 тисяч випадків, одна четверта з яких призводить до смерті [5, 7]. Крім того, існує проблема вибору методу та індивідуалізації лікування у кожному конкретному випадку захворювання.

Мета дослідження. Порівняльно оцінити ефективність різних методів лікування тромбозу глибоких вен.

Матеріали та методи. Ми спостерігали 64 хворих з ТГВ, які знаходилися на лікуванні у клініці в період з 1997 по 2011 рік. Серед них було 44 (68,7 %) жінки та 20 (31,3 %) чоловіків. Найчастіше ТГВ стегново-клубового сегменту розвивався у пацієнтів від 45 до 59 років (59,4 %). Термін захворювання до госпіталізації у клініку складав від 1 до 15 діб, в середньому становив $6,7 \pm 1,8$ діб. При об'єктивному обстеженні больовий синдром в хворій кінцівці спостерігався у 64 (100%) пацієнтів, позитивний симптом Мозеса – у 49 (76,6 %), позитивний симптом Хоманса – у 53 (82,8 %), напруження м'язів гомілки – у 43 (67,2 %). У 28 (43,8 %) пацієнтів була субфебрильна лихоманка. При госпіталізації у всіх хворих діагноз підтвердили за допомогою ультразвукового ангіосканування (УЗАС). Патологічний процес на лівій нижній кінцівці спостерігали в 2,5 разів частіше, ніж на правій кінцівці. За даними УЗАС, характер проксимальної частини тромбів дещо різнився: у 33 (51,6 %) випадках – був оклюзуючим, у 28 (43,8 %) – флотуючим, у 3 (4,6 %) – пристінковим. В залежності від методів лікування хворі були поділені на 2

групи. У першу групу ввійшло 44 хворих, яким проводилася консервативна терапія, в другу групу – 20 пацієнтів, яким виконано тромбектомію за закритою методикою з використанням балонного катетера Фогарті та накладання артеріо-венозної фістули (АВФ) між загальною стегновою веною та поверхневою стегновою артерією за оригінальною методикою (патенти України на винахід №54327 від 10.11.2010 «Спосіб профілактики ретромбозу» та №54326 від 10.11.2010 «Спосіб припинення кровотоку по артеріо-венозній фістулі»). Додатково всі хворі отримували прямі антикоагулянти під контролем АЧТЧ з наступним переходом на непрямі. Також застосовували венотоніки та компресійний трикотаж. Результати оцінювали протягом першого року лікування, беручи до уваги підвищений ризик ретромбозу саме у цей період. При цьому враховували наявність ускладнень захворювання, тривалість ліжка-дня, частоту та вираженість хронічної венозної недостатності (ХВН) за класифікацію CEAP. Для оцінки болю у хворій кінцівці використовували цифрову рейтингову шкалу (NRS, White A., 1998), де 0 балів – відсутність болю, 10 балів – максимальний біль. Дослідження болю проводили на 3 добу та 7 добу з моменту надходження хворих до стаціонару. Зниження болю на 10-20% вважали мінімально значимим, на 30%-40% – помірно значимим, 50% та вище – суттєвим.

Результати досліджень та їх обговорення. Покращання стану кінцівки спостерігали на $7,1 \pm 1,6$ добу в I групі та на $2,4 \pm 0,2$ добу у хворих II групи, що знаходило відображення у зниженні напруження гомілки при пальпації та набряку тканин. При оцінці больового синдрому на 3 добу лікування 12 (27,3 %) пацієнтів I групи та 8 (40,0 %) хворих II групи відмітили лише мінімальне зниження болю. На 7 добу лікування у стаціонарі зареєстровано мінімальне зниження болю у 17 (38,6%) пацієнтів I групи та у 13 (65,0 %) хворих II групи; помірне – у 6 (13,6 %) пацієнтів I групи та 5 (25,0 %) чоловік II групи. Суттєвого зменшення больового синдрому саме у цей період не спосте-

рігали. При консервативному лікуванні нормалізація температури тіла відбулася на $2,9 \pm 0,2$ добу, при хірургічному – на $4,1 \pm 0,5$ добу. Середня тривалість ліжко-дня у хворих I групи була дещо меншою і склала 12 ± 3 проти 17 ± 4 у II групі.

За результатами УЗАС у 13 (29,5 %) пацієнтів першої групи через 1 місяць після початку лікування спостерігали повний лізис тромбу, у 25 (56,8 %) – часткову реканалізацію, у 6 (13,7%) – збереження тромбу. У 4 (9,1 %) хворих була рецидивуюча ТЕЛА, що стало підґрунтям у 3 (6,8%) пацієнтів для виконання ендovasкулярної імплантації протиємобічного қава-фільтру «ГорЕаse» (фірми «Cordis»). У 1 (2,3 %) хворого у зв'язку з ТЕЛА був летальний випадок. У 1 (2,3%) чоловіка діагностували прогресування захворювання з розвитком тромбозу нижньої порожнистої вени. В перші 6 місяців серед 23 (52,3 %) пацієнтів першої групи з повним або частковим лізисом тромбу мав місце ретромбоз. Протягом наступного півріччя ретромбоз виявили ще у 2 (4,5 %) пацієнтів.

Серед хворих II групи на протязі перших 6 місяців після тромбектомії ретромбоз був діагностований в 6 (35,0 %) хворих, наприкінці року – у 1 (5,0 %). Максимум ретромбозів у хворих II групи мали місце в перший місяць після операції.

В I групі у 6 (13,6 %) пацієнтів виявлені геморагічні ускладнення, серед яких підшкірні гематоми – у 3 (6,8 %), кровотеча з ясен – у 2 (4,6 %), гематурія – у 1 (2,2 %). У II групі спостерігали лімфорею у 4 (20,0 %) пацієнтів, підшкірні гематоми – у 3 (15,0 %). Крім того, через 3,5 місяця після операції у 1 (5,0 %) хворого II групи була діагностована інтравасальна локальна оклюзія поверхневої стегнової артерії внаслідок тромбозу в ділянці виконаного хірургічного втручання. Найбільш вірогідною причиною тромбозу вважаємо перетискання поверхневої стегнової артерії під час накладання АВФ. В результаті чого розвинулася хронічна артеріальна недостатність II-Б ступеню. Інфузійна терапія була неефективною і пацієнту виконано стентування поверхневої стегнової артерії.

При аналізі віддалених результатів, частота ПТФХ серед хворих I групи склала – 63,6%, II –

35,0%. При цьому більш виражені ознаки ХВН спостерігали у пацієнтів з консервативним лікуванням. Так, серед них ХВН С2 стадії була у 9 (20,5 %), С3 – у 6 (13,6 %), С4 – у 13 (29,5 %) чоловік. Серед хворих II групи мала місце ХВН лише С2 стадії у 2 (10 %) та С3 – у 5 (25,0 %) випадках. Тяжких форм ХВН з розвитком трофічних виразок у хворих обох груп ми не спостерігали.

За даними дослідників, однією з причин ретромбозів у хворих на ТГВ стегново-клубового сегменту є мала швидкість кровотоку у венозній системі, збільшення тромбоутворення на фоні ендотеліальної дисфункції, не дивлячись на адекватне застосування антикоагулянтної терапії [4]. Тому, вірогідне прискорення кровотоку у стегново-клубовому сегменті сприяє зниженню ризику ретромбозу та покращенню результатів лікування, що співпадає з нашими результатами дослідження, як ранніми, так і протягом року. Це спонукало нас до виконання таких операцій та результат підтвердив сподівання, хоча механізми гемодинаміки при формуванні АВФ до кінця ще не вивчені та розшифровка їх потребує подальших досліджень. Після тромбектомії суттєвіше зменшується напруження та біль у хворій кінцівці, прискорюється одужання та знижується тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі. Але, виконання механічної тромбектомії має ряд недоліків, серед яких – додаткова травматизація вени та погіршення ендотеліального дисбалансу. При цьому слід зазначити, що під час функціонування АВФ частина артеріальної крові, збагаченої киснем, сприяє скорішому відтворенню пошкодженого ендотелію [6]. Незважаючи на великий вибір методів лікування, різноманіття антикоагулянтів, результати лікування залишаються невтішними, що потенціює подальший пошук оптимального лікування ТГВ стегново-клубового сегменту.

Висновки. Хірургічне лікування ТГВ з використанням модифікованого методу формування артеріовенозної фістули у порівнянні з консервативним призвело до зниження частоти ретромбозів протягом першого року лікування з 56,8% до 40,0%, посттромбофлебітичної хвороби з 63,6% до 35,0%.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Воробьєва Н.М. Улучшение реканализации глубоких вен и «исходы» венозных тромбозэмболических осложнений при продленной терапии эноксапарином / Н.М. Воробьєва, Е.П. Панченко, А.Б. Добровольский // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2011. — Том 17, №1. — С. 87—94.
2. Сахарюк А.П. Тактика лечения эмбоогенных венозных тромбозов / А.П. Сахарюк, В.А. Воровских, А.В. Шибко // XI съезд хирургов Российской Федерации. 25—27 мая 2011: Материалы съезда. — Волгоград: Изд-во Волг. ГМУ. — 2011. — С. 473.
3. Шулуток А.М. Антикоагулянтная терапия в лечении острых проксимальных тромбозов глубоких вен нижних конечностей / А.М. Шулуток, А.Ю. Крылов, Э.Г. Османов // Хирургия. Журнал им.Н.И.Пирогова. — 2011. — №1. — С. 52—55.
4. Cecchi A. Deep venous thrombosis in ICU patients: exploring the submerged part of the iceberg by an expanded intra-ICU ultrasound surveillance program / A. Cecchi, M. Boddi, M. Ciapetti // Crit Care. — 2011. — 15 (Suppl 1). — P.20.
5. David A. Manly Role of Tissue Factor in Venous Thrombosis / David A., Jeremiah Boles, Nigel Mackman // Annu Rev Physiol. — 2011. — March 17. — №73. — P. 515—525.

6. Reynolds Gary. Diagnostic classification in patients with deep venous thrombosis / Gary Reynolds // Br J Gen Pract. — 2011. — January 1. — № 61(582). — P. 63.
7. Flinterman Linda E. Long—Term Survival in a Large Cohort of Patients with Venous Thrombosis: Incidence and Predictors / Linda E. Flinterman, Astrid van Hylckama Vlieg, Suzanne C. Cannegieter // PLoS Med. — 2012. — January 9(1). — P. 1155.

O. KUTOVIJ¹, O. SERGEEV², O. ABRAMOVA¹

Dnipropetrovsk Medical Academy, ¹Department of Surgery 2; ²Regional Hospital named after Mechnikov, Department of vascular surgery, Dnipropetrovsk

PERSPECTIVE FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE VENOUS THROMBOSIS OF FEMORAL-ILIAC SEGMENT

It was carried out comparative effectiveness evaluation of different methods of deep venous thrombosis treatment, apart conservative and surgical treatment with thrombectomy using and arterio-venous fistula formation by improved methods. It was found, that such surgical treatment using cause decreasing of rethrombosis rate during first year of treatment from 56,8% to 40,0%, and decreasing of posttrombophlebitis disease formation from 63,6% to 35,0%.

Keywords: deep venous thrombosis, arterio-venous fistula

Стаття надійшла до редакції: 23.04.2012 р.