

ВЕНОЗНА ТРОМБЕКТОМІЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ЛЕГЕНЕВОЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ

Іващук Д.О.

*Запорізький державний медичний університет (Запоріжжя)
Запорізька обласна клінічна лікарня (Запоріжжя)*

В роботі доведена ефективність венозної тромбектомії для попередження ТЕЛА у хворих на тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок із флотуючим тромбом.

Ключові слова: *тромбоз глибоких вен, флотуючий тромб, тромбектомія, тромбоемболія легеневої артерії.*

Венозний тромбоз, ускладнений тромбоемболією легеневої артерії (ТЕЛА), посідає особливе місце серед різних захворювань хірургічного і терапевтичного характеру з огляду як на частоту, так і важкість [1]. За різними даними, у США щорічно від ТЕЛА гинуть від 142 до 300 тисяч чоловік, при цьому одна п'ята раптово [2]. Доведено, що у 80–95% випадків джерелом ТЕЛА є тромбоз у системі нижньої порожнистої вени [3]. Найбільш загрозовою є його проксимальна локалізація, яка зустрічається в 8–15% випадків. На думку В.С. Савельєва, «...ніякий антикоагулянт на може попередити відрив та міграцію в систему легеневих артерій уже сформованого тромбу» [4]. Так, за даними L. Greenfield [5], серед пацієнтів із венозними тромбоемболічними подіями приблизно 10% потребує інвазивної профілактики. Незважаючи на велику кількість методик медикаментозного та хірургічного лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ), залишаються дискусійними питання про ефективність та доцільність хірургічних методів лікування — таких, як тромбектомія та імплантація кава-фільтру [6, 7].

Мета роботи — на основі аналізу безпосередніх клінічних результатів довести ефективність венозної тромбектомії у попередженні тромбоемболії легеневої артерії у хворих на тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок із флотуючим тромбом.

Матеріали та методи. За період з вересня 2009 року по січень 2011 року у відділенні хірургії судин Запорізької обласної клінічної лікарні знаходились на стаціонарному лікуванні 28 хворих на ТГВ нижніх кінцівок із сонографічно встановленою флотацією. Флотуючим тромбом вважали той тромб, який відповідав наступним критеріям: 1) омивається з усіх чотирьох боків, 2) має ніжку, тоншу за голівку та основу, 3) балотує у судині. За гендерною ознакою хворі розподілилися так: чоловіки — 23 (82,1%), жінки — 5 (17,9%). Вікова категорія хворих складала 38–81 рік. Онкологічний анамнез виявлено у двох жінок із новоутворенням матки та молочної залози. Супутні захворювання виявлено у 25 хворих: цукровий діабет — 2, ішемічна хвороба — 16, артеріальна гіпертензія — 22 хворих.

Усім хворим в алгоритмі крім загальноприйнятих клініко-лабораторних методів досліджень проводилось ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок на початку та наприкінці лікування, ангіопульмонографія — за показаннями. Середня тривалість лікування склала 15 ліжко-днів. Переважну більшість становили пацієнти із флотацією у двох анатомічних сегментах: стегновому — 23 (82,1%) пацієнти, пахвинному — 3 (10,7%), та у 2 (7,2%) хворих була виявлена флотація тромбу в підколінній вені. З усієї групи у трьох хворих верифіковано 2 оклюзійні тромбози та 1 тромбоз глибокої стегнової вени у стадії часткової реканалізації.

Довжина флотуючої ділянки тромбу коливалась від 15 до 110 мм, середня довжина становила 48 мм, середній діаметр ніжки складав 3,6 мм, голівки – 7,4 мм.

Результати та обговорення. Тактика лікування даної групи хворих із верифікованими флотуючими тромбами була активно хірургічною, спрямованою на зниження ризику тромбоемболії легеневої артерії. Наявність ембологенозагрозливих ознак флотуючого тромбу в глибоких венах проксимального сегменту нижніх кінцівок, виявленого при первинній сонографії, або наростання розміру тромбу (збільшення зони флотації) з потоншенням ніжки в місці фіксації при УЗДС в динаміці розцінювались як безпосередньо високий ризик тромбоемболії легеневої артерії. З огляду на це в алгоритмі лікування на першому етапі проводилась венозна тромбектомія — із пахвинного сегменту – 3 (10,7%) та із загальної стегнової вени – 25 (89,3%). У 7 (25%) хворих виконано перев'язку поверхневої стегнової вени. Після проведеного хірургічного лікування проводилось контрольне ультразвукове дослідження. За умови клінічного поліпшення та відсутності ретромбозу у зоні хірургічного втручання (27 хворих) було продовжено консервативне лікування. В одному випадку зареєстровано ретромбоз з повторною флотацією в загальній стегновій вені. Хворій була виконана повторна тромбектомія із загальної стегнової вени. Виявленими ускладненнями були: гематома післяопераційної рани – у 1 хворого (при проведенні тромболізу в післяопераційному періоді), лімфорей з післяопераційної рани – у двох випадках.

Клінічних ознак ТЕЛА в післяопераційному періоді не виявлено ні в одному випадку. Летальних випадків не було. При проведенні ЕХО-КС у 16 (57,14%) прооперованих хворих внутрішньопросвітних тромбів не виявлено.

Усім хворим у комплексі консервативного лікування призначалися венотонізуючі препарати, гепарини, протизапальні та протинабрякові засоби, симптоматична терапія. У 22 (78,6%) хворих після лікування спостерігалась позитивна динаміка: зменшення набряку, больового синдрому. За даними ультразвукового дуплексного сканування під час виписки зі стаціонару, у 18 (64,3%) хворих виявлено повну прохідність оперованого венозного сегменту, в 25% випадків – реканалізацію поверхневої та підколінної вен.

Висновки

1. Наявність верифікованого за допомогою УЗДС ембологенонебезпечного флотуючого тромбу у хворих на проксимальний тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок є вагомим та першочерговим показанням для оперативного втручання у зв'язку з безпосередньою загрозою ТЕЛА.
2. Венозна тромбектомія у пацієнтів із флотуючим тромбом ілеофemorального венозного сегменту є ефективним лікувальним методом і профілактикою тромбоемболічних ускладнень.
3. Прооперовані пацієнти потребують раннього моніторингу УЗДС для виявлення можливого ретромбозу глибоких вен з метою корекції лікувальної тактики.

Література

1. Мирошниченко П.В., Строило А.Б., Шаповалов Н.А. и др. Хирургическое лечение острых проксимальных флеботромбозов // Клінічна флебологія. – 2009. – Том 2. – № 1 – С. 84–86.
2. Naimovici's vascular surgery.-5th ed. / editor-in-chif, Enrico Ascher Blackwell. – 2004. – 1221 p.
3. Флебология. Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
4. Профилактика послеоперационных венозных тромбоемболических осложнений / Российский консенсус. – М., 2000. – 20 с.

5. Greenfield L.J. Management of deep vein thrombosis and its complications //Modern Vascular Surgery/Ed. J.V. Chang. – California, 1991. – Vol. 4. – P. 393–396.
6. Скупий О.М., Мітюк Я.В., Хребтій С.А. та ін. Вибір методів лікування тромбозів глибоких вен системи нижньої порожнистої вени // Клінічна флебологія. – 2009. – Том 2. – № 1 – С. 94–97.
7. Венозний тромбоемболізм: Діагностика, лікування, профілактика/ Міждисциплінарні клінічні рекомендації.

ВЕНОЗНАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ

Ивашук Д.А.

В работе доказана эффективность венозной тромбэктомии для предупреждения ТЭЛА у больных тромбозом глубоких вен нижних конечностей с флотирующим тромбом.

Ключевые слова: *тромбоз глубоких вен, флотирующий тромб, тромбэктомия, тромбоемболия легочной артерии.*

VENOUS THROMBECTOMY IN PREVENTION OF PULMONARY EMBOLISM

Ivashchuk D.A.

The efficiency of venous thrombectomy in prevention of pulmonary embolism in patients with deep venous thrombosis of lower limbs with flotation is proved in the work.

Key words: *deep venous thrombosis, clot with flotation, thrombectomy, pulmonary embolism.*