

А.П. Сахарюк, А.А. Григоренко, Е.С. Тарасюк, В.В. Шимко,
А.Н. Вереветинов

АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛОГЕННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ В БАССЕЙНЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

УДК 616.14-089

Представлена хирургическая тактика лечения эмбологенных венозных тромбозов в бассейне нижней полой вены. Большая часть пациентов прооперирована в первые сутки с момента поступления. Они находились преимущественно в подостром периоде венозного тромбоза, что говорит о недостаточно эффективной работе первичного хирургического звена и отделений хирургического профиля. Выполнены операции на подвздошном сегменте, нижней полой вене, в частности тромбэктомии из супраренального отдела нижней полой вены, в том числе в сочетании с: тромбэктомией из правой отделов сердца, эмболэктомией из легочных артерий в условиях временной окклюзии полых вен, перевязкой инфраренального отдела нижней полой вены, нефрэктомией, аллопротезированием супраренального отдела нижней полой вены. Активная хирургическая тактика лечения пациентов с флотирующими тромбозами бассейна нижней полой вены позволяет в 98% случаев сохранить им жизнь.

Surgical approach of treatment of embologenic venous thromboses in the inferior vena cava segment is presented. The most part of patients are operated in the first days of admittance. They were mainly in the subacute period of venous thrombosis that testifies to insufficiently effective work of primary surgical link and surgical departments. Operations were performed on iliac segment, inferior vena cava, including either thrombectomy from the suprarenal inferior vena cava or thrombectomy from the right heart or embolectomy from pulmonary arteries in temporary occlusion of vena cava, bandaging of the infrarenal vena cava segment, nephrectomy, alloprosthesis of the suprarenal vena cava segment. The active surgical approach of treating patients with floating thromboses of the inferior vena cava segment allows to save patients in 98% cases.

Keywords: venous thrombosis, venous thromboembolism, pulmonary thromboembolism (PTE).

Проблема венозного тромбоза и тромбоземболии легочных артерий является междисциплинарной проблемой, характерной для лечебно-профилактического учреждения любого профиля. Частота возникновения венозных тромбозов и тромбоземболических осложнений составляет 100–160 случаев на 100 тыс., в том числе фатальной тромбоземболии – 60 случаев на 100 тыс. населения. Смертность от тромбоземболических осложнений в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%, по нашим данным составила 5,4%, т.е. 0,8 на 1000 населения в год [1–5]. По данным литературы, у 10% больных развивается массивная тромбоземболия легочных артерий (ТЭЛА), обусловленная тотальной обтурацией легочного ствола, при которой фактор времени не позволяет спасти пациента от смерти. В наших исследованиях 20% больных погибали в первые сутки с момента начала заболевания [4]. Большинство этих фатальных случаев остаются нераспознанными и диагностируются

только на аутопсии [6–8]. При этом своевременная профилактика миграции флотирующего тромба позволяет предупредить внезапную смерть от массивной ТЭЛА.

Цель исследования: снижение летальности от массивной ТЭЛА путем разработки научного направления в оперативном лечении эмбологенных тромбозов бассейна нижней полой вены.

Материалы и методы. На основании рационализаторских предложений А.П. Сахарюка, Е.С. Тарасюка, А.Н. Вереветинова, выданных ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России № 1878 от 06.08.2014 «Организация профилактики и лечения венозных тромбоземболических осложнений в стационаре круглосуточного пребывания»; № 1881 «Тактика лечения эмбологенных венозных тромбозов»; № 1879 от 06.08.2014 «Инициация внедрения информированного согласия на проведение профилактики венозных тромбоземболических осложнений (ВТЭО) в стационаре круглосуточного пребывания»; № 1888 от 07.08.2014 «Роль источников тромбообразования и ТЭЛА у пациентов с венозными тромбоземболическими осложнениями»; № 1887 от 07.08.2014 «Тактика ведения послеоперационного периода у больных хирургического профиля»; № 1883 «Сроки летальности от венозных тромбоземболических осложнений

в условиях стационара круглосуточного пребывания»; № 1890 от 07.08.2014 «Структура летальности от венозных тромбоземболических осложнений в стационаре круглосуточного пребывания» изучены половозрастная характеристика пациентов, сроки оперативного лечения с момента госпитализации, период венозного тромбоза, уровень флотации тромбов, характер оперативного вмешательства, осложнения и исходы.

Результаты исследования. За 5 лет – 2009-2013 гг. – в отделении сосудистой хирургии Амурской областной клинической больницы произведено 4193 операции, при этом 147 (3,5%) пациентов оперированы по поводу флотирующих тромбозов различной локализации. Количество пациентов по половому признаку было одинаковым: мужчин – 72, женщин – 75, средний возраст составил 52,4 года. 75% пациентов прооперированы в первые сутки с момента поступления: 60 (41%) – до 6 ч, 50 (34%) – до 24 ч. 37 (25%) больных прооперированы через сутки и более с момента госпитализации. У 42 (29%) пациентов зарегистрирован острый период венозного тромбоза, у 105 (71%) – подострый. У 53 (35,8%) больных флотирующий тромб находился в подвздошно-кавальном сегменте бассейна нижней полой вены: в нижней полой вене – у 9 (6,1%), общей подвздошной вене –

ГБОУ ВПО «Амурская гос. мед. академия»
МЗ РФ: **САХАРЮК Александр Петрович** – д.м.н., проф., fyubj@yandex.ru, **ГРИГОРЕНКО Алексей Александрович** – д.м.н., зав. кафедрой, **ТАРАСЮК Евгений Сергеевич** – аспирант, **ШИМКО Владимир Васильевич** – д.м.н., проф., **ВЕРЕВЕТИНОВ Артем Николаевич** – аспирант.

4 (2,7%), наружной подвздошной – у 40 (27%). В нижней полой вене флотация на уровне супраренального отдела имела у 7 пациентов (4,7%), на уровне ренального сегмента – у 2 (1,4%). У 93 (63,5%) больных флотация тромба локализовалась на уровне бедренно-подколенного сегмента: в общей бедренной вене – у 44 (30%), поверхностной бедренной – 26 (18%), большой подкожной вене – 12 (8,1%), подколенной вене – у 11 (7,4%). У одного пациента (0,7%) продолженный флотирующий тромбоз достигал правых отделов сердца.

51 (34,9%) пациенту выполнена операция на подвздошном сегменте, в том числе перевязка наружной подвздошной вены – 45 (31%), ретроградная тромбэктомия из подвздошного сегмента – 1 (0,6%), ретроградная тромбэктомия из подвздошного сегмента с наложением артериовенозной фистулы на уровне бедра – 1 (0,6%), изолированная перевязка общей подвздошной вены – 4 (2,7%). 38 (25,6%) больным лигирована поверхностная бедренная вена, в том числе 3 (2%) – в сочетании с кроссэктомией большой подкожной вены, 1 (0,6%) – с кроссэктомией малой подкожной вены противоположной конечности. Также 33 (22,8%) пациентам произведена тромбэктомия из общей бедренной вены, в том числе 4 (2,7%) – изолированно, 16 (10,8%) – в сочетании с перевязкой поверхностной бедренной вены, 11 (8%) – в сочетании с кроссэктомией большой подкожной вены и 2 (1,3%) – в сочетании с перевязкой поверхностной бедренной и большой подкожной вен. 29 (20,3%) больным произведена кроссэктомия большой подкожной вены, в том числе 13 (9%) – изолированно, 11 (8%) – в сочетании с тромбэктомией из общей бедренной вены, 2 (1,3%) – с перевязкой поверхностной вены. У 3 (2%) пациентов кроссэктомия сочеталась только с перевязкой поверхностной бедренной вены.

11 операций (7,6%) выполнено на нижней полой вене, из них 8 тромбэктомий – из супраренального отдела нижней полой вены, в том числе в сочетании с: тромбэктомией из правых отделов сердца – 1 (0,6%); эмболизацией из легочных артерий в условиях временной окклюзии полых вен, перевязкой инфраренального отдела нижней полой вены – 1 (0,6%); перевязкой инфраренального отдела нижней полой вены – 1 (0,6%); нефрэктомией – 4 (2,6%); аллопротезированием супраренального отдела нижней полой вены – 1 (0,6%). 3 пациента (2%) оперированы повторно по поводу абдоминальной гематомы. Умерло 3 пациента (2%) от повторного тромбоза бассейна нижней полой вены и рецидивирующей тромбоземболии легочных артерий.

Выводы

1. Эмбогенные венозные тромбозы – патология молодого, трудоспособного возраста (средний показатель 52,4 года).

2. 75% пациентов прооперированы в первые сутки с момента госпитализации, что позволило избежать массивной, смертельной ТЭЛА у 98% больных.

3. Неэффективная работа первичного звена (амбулаторного и отделений круглосуточного пребывания) подтверждается тем, что в 71% случаев больные находились в подостром периоде тромбоза.

4. Вмешательства на уровне илеокавального сегмента нижней полой вены в 42,5% требуют высокого профессионализма сердечно-сосудистого хирурга и развития целенаправленного научного направления в решении этой проблемы.

5. Операции на бедренно-подколенном сегменте выполнены в 57,5%, позитивно прогнозируемы и позволяют надежно предотвратить пульмональную катастрофу.

Литература

1. Покровский А.В. Клиническая ангиология / А.В. Покровский. – М.: Медицина, 2004. – 1700 с.
Pokrovsky A.V. Clinical Angiology / A.V. Pokrovsky. – М.: Медицина, 2004. – P. 1700.
2. Савельев В.С. Флебология / В.С. Савельев. – М.: Медицина, 2001. – 659 с.
Saveliev V.S. Phlebology / V.S. Saveliev. – М.: Медицина, 2001. – P. 659.
3. Сахарюк А.П. Структура летальности от венозных тромбоземболических осложнений / А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, Е.С. Тарасюк, А.Н. Емец // Материалы XXIX Международной конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов «Новые направления и отдаленные результаты открытых и эндоваскулярных вмешательств в лечении сосудистых больных». – Рязань, 2014. – С. 305-307.
Saharyuk A.P. The structure of mortality from venous thromboembolic complications / A.P. Saharyuk, V.V. Shimko, E.S. Tarasyuk, A.N. Yemets // Proceedings of the XXIX International Conference of the Russian Society of Angiology and Vascular Surgery «New directions and long-term results of open and endovascular interventions in the treatment of vascular patients». – Ryazan, 2014. – P. 305-307.
4. Сахарюк А.П. Летальность от венозных тромбоземболических осложнений в Амурской области / А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, Е.С. Тарасюк, А.Н. Емец // Амбулаторная хирургия: стационарозамещающие технологии. – 2014. – № 1-2. – С. 62-64.
Saharyuk A.P. Mortality from venous thromboembolic disorders in the Amur region / A.P. Saharyuk, V.V. Shimko, E.S. Tarasyuk, A.N. Yemets // Outpatient Surgery: inpatient technology. – 2014. – № 1-2. – P. 62-64.
5. Шевченко Ю.Л. Основы клинической флебологии / Ю.Л. Шевченко. – М.: Медицина, 2005. – 312 с.
Shevchenko Y.L. Clinical Fundamentals of Phlebology / Y.L. Shevchenko. – М.: Медицина, 2005. – P. 312.
6. Ansari A. Acute chronic pulmonary thromboembolism: current perspectives Part. 6. Course and prognosis and natural history / A.A. Ansari // Clin. Cardiology. – 1987. – Vol. 10. – P. 40–45.
7. Jing Z. Comparative study of ultrasonic detection of popliteal vein reflux / Z. Jing, P. Lu, G. Cao // Chung Hua – Wai – Ko – Tsa – Chin. 1995. – Vol. 33, №2. – P. 108-111.
8. Johansson E. Venous thrombectomy in the lower extremity: clinical, phlebographic and plethysmographic evaluation of early and late results / E. Johansson, S. Nordlander, S. Zetterquist // Acta. Chir. Scand. – 1973. – Vol. 139. – P. 511–516.