

*В. В. Колесник, Ю. В. Дубина*

## **АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭМБОЛООПАСНЫМИ ТРОМБОЗАМИ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ**

*Научные руководитель канд. мед. наук, доц. В. Я. Хрыщанович  
2-ая кафедра хирургических болезней,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** Изучены отдаленные результаты консервативного и хирургического лечения эмболоопасного тромбоза глубоких вен (ТГВ) путем сравнения качества жизни пациентов частоты развития и тяжести посттромботической болезни (ПТБ).

**Ключевые слова:** флеботромбоз, флотирующий тромб, хирургическое лечение, качество жизни.

**Resume.** Examined the long-term of conservative and surgical treatments of embolism-prone deep vein thrombosis (DVT) by comparing the patients' quality of life, the incidence and severity of post-thrombotic disease (PTD).

**Keywords:** phlebothrombosis, floating thrombus, surgical treatment, life quality.

**Актуальность.** Риск развития ТЭЛА значительно возрастает в группе пациентов с наличием флотирующего тромба, который имеет одну точку фиксации в своей дистальной части. При этом проксимальный участок тромба свободно колеблется в токе крови и в зависимости от изменения венозного давления и направленности кровотока может легко оторваться от стенки вены и быстро мигрировать в легочное артериальное русло. В то же время выбор метода лечения эмболоопасных ТГВ до настоящего времени остается предметом дискуссии [1].

В современной клинической практике при флотирующем тромбозе используют следующие основные хирургические вмешательства: установка кава-фильтра, пликация нижней полой вены (НПВ), лигирование поверхностной бедренной вены с тромбэктомией или без нее. Однако каждый из них имеет свои достоинства и недостатки [2].

**Цель:** изучение отдаленных результатов консервативного и хирургического лечения эмболоопасного тромбоза глубоких вен (ТГВ) путем сравнения качества жизни пациентов, частоты развития и тяжести посттромботической болезни (ПТБ).

**Материал и методы.** В процессе работы проводился анализ медицинской документации (анамнез, клинический сосудистый статус, протоколы операций и ультразвуковой доплерографии) 578 пациентов с клиническими признаками ТГВ в системе нижней полой вены (НПВ), проходивших лечение на базе хирургических отделений УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Минска» и отделения сосудистой хирургии УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко г. Минска» в период с 1 января 2008 года по 1 января 2013 года. Мужчин было 364, женщин – 214, средний возраст пациентов составил 55,5 (45–65) года. В зависимости от локализации и протяженности ТГВ пациенты распределились следующим образом: берцовый и подколенный сегменты – 137 (23,7%) и 5 (0,9%) соответственно, подколенно-берцовый – 51 (8,8%), бедренный –

60 (10,4%), бедренно-подколенно-берцовый – 193 (33,4%), подвздошно-бедренный – 94 (16,3%), подвздошно-бедренно-подколенно-берцовый – 32 (5,5%), сафено-фemorальный – 6 (1%). Сравнительный анализ отдаленных результатов консервативного и хирургического лечения эмболоопасного ТГВ был основан на выявлении ПТБ и степени тяжести ее проявлений, а также оценке качества жизни пациентов. С этой целью использовали адаптированную нами для анкетирования шкалу Villalta и валидный флебоспецифический опросник Chronic Venous Insufficiency Questionnaire 2 (CIVIQ-2).

Время начала анкетирования пациентов колебалось от 6 месяцев до 6 лет с момента развития эмболоопасного тромбоза ТГВ и составило в группах консервативного и хирургического лечения 3 [2-5] и 1,3 [0,5-3] лет соответственно. Ответы были получены от 29 (47,%) респондентов.

**Результаты и их обсуждение.** Исследование методом ультразвуковой доплерографии выявило, что у 61 (10,6%) пациента имеются признаки флотации тромба, сочетающиеся с догоспитальным эпизодом ТЭЛА в 7 случаях. Флотирующая часть тромба локализовалась в подколенной вене в 1 (1,6%) случае, поверхностной и общей бедренной венах – в 17 (27,9%) и 33 (54,1%) случаях соответственно, наружной и общей подвздошной венах – в 7 (11,5%) и 1 (1,6%) случаях соответственно, нижней полой вене – в 2 (3,3%) случаях. Длина флотирующей части тромба в группе консервативного лечения составляла 11,5 (15–22) мм, в группе хирургического лечения – 20 (30–45) мм ( $P=0,0001$ ). Гиперкоагуляционный сдвиг был отмечен более чем у половины (54%) пациентов с эмболоопасным ТГВ: фибриноген – 5 (4,45–5,9) г/л, АЧТВ – 24,65 (22,5–26,15) с.

Все пациенты с верифицированным эмболоопасным ТГВ в зависимости от характера проведенных лечебных мероприятий были разделены на две группы. В первую группу вошли 23 (38%) пациента, которые получали стандартную консервативную терапию – прямые и непрямые антикоагулянты, антиагреганты, пентоксифиллин, венотоники, нестероидные противовоспалительные лекарственные средства, эластичную компрессию. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 12 (11–14) дней.

Вторую группу составили 38 (62%) пациентов, которым помимо стандартного консервативного лечения выполнялись открытые и эндоваскулярные хирургические вмешательства: удаление флотирующей части тромба с последующим лигированием дистального сегмента вены – 20 (32%) (наружная подвздошная вена – 1, поверхностная бедренная вена – 15, большая подкожная вена – 4); лигирование вены выше места флотации тромба – 15 (25%) (общая и наружная подвздошные вены – 1 и 3 соответственно, поверхностная бедренная вена – 11); имплантация постоянного кава-фильтра – 3 (5%).

Как показали результаты анкетирования у 3 из 29 пациентов ПТБ отсутствовала. Остальные 26 пациентов по степени тяжести ПТБ распределились следующим образом: легкая (5-9 баллов) – 13, средняя (10-14 баллов) – 7, тяжелая (15-33 баллов) – 6. В группе консервативного лечения степень тяжести ПТБ составила 9 (7-16) баллов, в группе хирургического лечения – 10 (7-13) баллов

( $P > 0,05$ ) и зависела от характера оперативного вмешательства: удаление флотирующей части тромба с последующим лигированием дистального сегмента вены – 11 (9-13) баллов, лигирование вены выше места флотации тромба – 8 (6-12,5) баллов, имплантация постоянного кава-фильтра – 10 (8,5-11,5) баллов. Показатели качества жизни в группе пациентов, получавших консервативное лечение, соответствовали 49,5 (47-57) балла, в группе оперированных пациентов – 52 (36,5-68) баллам ( $P > 0,05$ ). После симультанной тромбэктомии и лигирования вены балл CIVIQ достигал 45 (37-60), после изолированного лигирования вены – 44,5 (33-60), после установки кава-фильтра – 68,5 (68-69). Кроме того, была установлена средняя линейная зависимость ( $r = 0,53$ ;  $p = 0,03$ ) между степенью тяжести ПТБ и качеством жизни.

Так же нами были проанализированы показатели качества жизни и степени тяжести ПТБ в разные временные интервалы (до 3 лет и более 3-х лет с момента начала заболевания) (Таблица 1 и 2).

**Таблица 1.** Показатели качества жизни и степень тяжести ПТБ в обеих группах (период наблюдения до 3 лет)

	CIVIQ	P	Villalta	P
1 группа	49 [47-50]	$>0,05$	9 [7-21]	$>0,05$
2 группа	44 [33,8-62,3]		9,5 [6,8-12,5]	

**Таблица 2.** Показатели качества жизни и степень тяжести ПТБ в обеих группах (период наблюдения 3-6 лет)

	CIVIQ	P	Villalta	P
1 группа	56 [47-57]	$>0,05$	9 [7-9]	$>0,05$
2 группа	67 [62-74]		13 [10,5-13]	

**Заключение.** Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургических вмешательств по поводу эмболоопасных ТГВ показал, что они эффективно предотвращают ТЭЛА, но в то же время приводят к развитию ПТБ и снижают качество жизни пациентов в посттромботическом периоде. Выбор метода лечения пациентов с флотирующим ТГВ не оказывает статистически достоверного влияния на степень тяжести ПТБ, однако если речь идет о высоком риске развития жизнеугрожающей ТЭЛА, предпочтение следует отдавать прямым хирургическим или эндоваскулярным способам профилактики.

**Информация о внедрении результатов исследования.** По результатам настоящего исследования опубликовано 2 статьи в сборниках материалов, 4 тезиса докладов, 1 статья в журнале, получено 1 акт внедрения в образовательный процесс (2-ой кафедры хирургических болезней УО БГМУ).

*V. V. Kolesnik, J. V. Dubina*

**ANALYSIS OF THE IMMEDIATE AND LONG-TERM TREATMENT  
RESULTS IN PATIENTS WITH FLOATING THROMBOSIS IN THE SYSTEM  
OF INFERIOR VENA CAVA**

*Tutor associate professor V. J. Hryshchanovich*

«Студенты и молодые учёные Белорусского государственного медицинского университета –  
медицинской науке и здравоохранению Республики Беларусь»

*2nd Department of Surgical Diseases,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

#### **Литература**

1. Treatment of venous thromboembolism: guidelines translated for the clinician / M. Housman Fekrazad, R.D.Lopes, G.J. Stashenko et al. // J Thromb Thrombolysis. - 2009. - vol. 28. - P. 270–275.
2. 1961 A twenty-year survey of thromboembolism at the Massachusetts General Hospital, 1939–1959 / G.A.Donaldson, R.R.Linton, G.V Rodkey // N. Engl. J. Med. – 1961. - Vol. 265. - P. 208–214.