Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

**Ризюк Микола Дмитрович**

УДК: 616.14-02+616.151.5+617.58 +616-06

# ПАТОҐНОМОНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ТРОМБОФЛЕБІТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

14.01.03 – хірургія

**Автореферат**

**дисертації на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

**ЛЬВІВ – 2008**

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Івано-Франківському державному медичному університеті МОЗ України

**Науковий керівник:**

Доктор медичних наук, професор Гончар Михайло Григорович, Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України, кафедра хірургії стоматологічного факультету, професор кафедри.

**Офіційні опоненти:**

Доктор медичних наук, професор Венгер Ігор Касянович, Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, кафедра хірургії з урологією, анестезіологією, професор кафедри.

Доктор медичних наук, професор Геник Степан Миколайович, Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України, кафедра загальної хірургії, професор кафедри.

Захист відбудеться 3 жовтня 2008 року о 14 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.35.600.01 у Львівському національному медичному університеті ім. Данила Галицького МОЗ України (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69).

З дисертацією можна ознайомитися у науковій бібліотеці Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького МОЗ України (79000, м. Львів, вул. Січових Стрільців, 6).

Автореферат розісланий 1 вересня 2008 року

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Переяслов А. А.

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми**. Захворювання венозної системи нижніх кінцівок (НК) – одна із складних актуальних проблем сучасної медицини. Більше 12-16 % населення планети і біля 20 % населення України мають хвороби вен НК (Шалімов О. О., 1984, Нікульніков П. І., 2005). У 65-85% випадків гострий тромбофлебіт (ГТФ) виникає на фоні варикозної хвороби (ВХ). Згідно досліджень K. Xavier et al. (2004), ГТФ в анамнезі відзначають 22,2% пацієнтів з ВХ. У зв'язку з прогресуванням тромбоутворення, ГТФ може набирати злоякісного перебігу і супроводжуватися переходом на глибокі вени - флеботромбозом (ФТ), з високим ризиком розвитку тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). Частота виникнення ФТ при ГТФ досягає 5-53%. Частота венозних тромбозів складає 130-160 випадків на 100 тис. населення (Мішалов В. Г., 2002, Чернуха Л. М., 2007). Частота ТЕЛА при ФТ коливається в межах 10-15% (Амосова Є. М., 1998, Павловський М. П. і співавт., 1999), а летальність сягає 28% (Савельев В. С., 2001). За останні роки досягнуто значних успіхів у прогнозуванні, діагностиці та лікуванні ГТФ. З допомогою кольорового дуплексного сканування (КДС) можна отримати достовірну інформацію про морфологічний і функціональний стан венозної системи. Проте до цих пір не розроблено чітких схем проведення КДС при ГТФ (Гуч А. А., 2005, Прасол В. А., 2005). Оптимальним для прогнозування та ранньої діагностики тромбоутворення є опрацювання і впровадження уніфікованих алгоритмів із урахуванням клінічних та гемостазіологічних показників (Дзісь Є. І., 2004). В патогенезі ГТФ велике значення відіграють регіонарні порушення гемодинаміки і мікроциркуляції крові, вивчення яких дозволить більш причинно підходити до відповідного коригуючого лікування (Покровський А. В., 2003). Незважаючи на той факт, що ГТФ є одним з найпоширеніших захворювань вен НК, залишається багато невирішених питань його ранньої діагностики, прогнозування перебігу та визначення хірургічної тактики лікування (Геник С. М., 2001, Русин В. І., 2003, Дрюк Н. Ф., 2003, Саєнко В. Ф., 2004). Розв'язання цих проблем і стало метою нашої роботи.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**. Дисертаційна робота виконана у відповідності з планом НДР кафедри хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського державного медичного університету за темою: “Хірургічна діагностика і тактика лікування гострих захворювань черевної порожнини та судин нижніх кінцівок” (державна реєстрація № 0107V005621).

**Мета і завдання дослідження.** Підвищення ефективності лікування хворих на гострий тромбофлебіт нижніх кінцівок шляхом обґрунтування адекватної лікувальної тактики на основі вивчення порушень функціонального стану венозної системи.

*Завдання дослідження:*

1. Розробити інтраопераційний спосіб оцінки спроможності остіального клапана великої підшкірної вени (ВПВ), підтвердивши його ефективність з допомогою КДС.
2. Дослідити динаміку показників системи зсідання крові хворих на ГТФ нижніх кінцівок для визначення доцільності застосування у них прямих антикоагулянтів.
3. Проаналізувати динаміку рівня D-димеру в крові хворих ГТФ з метою прогнозування загрози у них тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ).
4. Оцінити зміни реологічних властивостей крові та проникливості капілярів у хворих на ГТФ перед і після операції.
5. Розробити оптимальний діагностично-лікувальний алгоритм при ГТФ нижніх кінцівок.
6. Вивчити безпосередні та віддалені наслідки застосування у хворих на ГТФ опрацьованого діагностично-лікувального алгоритму.

*Об’єкт дослідження* – гострий тромбофлебіт нижніх кінцівок.

*Предмет дослідження* – особливості патогенезу, клініки та лікування гострого тромбофлебіту нижніх кінцівок.

*Методи дослідження –* клінічно-анамнестичне дослідження хворих, лабораторні (визначення показників коагулограми, рівня D-димеру крові) та інструментальні дослідження (КДС вен, флеботонометрія), вивчення транскапілярного обміну.

**Наукова новизна одержаних результатів.** У дисертаційній роботі проведено вивчення та здійснено аналіз динаміки тиску у поверхневих і глибоких венах НК. Виявлено, що неспроможність остіального клапана ВПВ можна діагностувати інтраопераційно шляхом флеботонометрії. Розроблено оригінальний новий пристрій для інтраопераційної прямої флеботонометрії. Вперше проведена оцінка рівня D-димеру крові у перед- і післяопераційному періоді хворих на ГТФ. Визначено вихідні (передопераційні) рівні D-димеру, при яких ризик виникнення післяопераційних ТЕУ є вищим, ніж у генеральній сукупності хворих. Доведено, що коли рівень D-димеру у крові пацієнтів з ГТФ нижніх кінцівок не знижується до 3-ї доби після операції, то це свідчить про зростання ризику розвитку нових ТЕУ. Виявлено, що у хворих на ГТФ нижніх кінцівок спостерігаються гіперкоагуляційні зміни, які наростають до 3-ї доби після операції. З'ясовано, що призначення прямих антикоагулянтів таким пацієнтам запобігає наростанню гіперкоагуляційних змін у післяопераційному періоді і знижує ризик виникнення ТЕУ. Досліджено динаміку реологічних властивостей крові у хворих на ГТФ капіляро-венозним методом. Доведено, що використання флеботонічних засобів запобігає післяопераційному набряку кінцівки. Розпрацьовано власний діагностично-лікувальний алгоритм при ГТФ нижніх кінцівок і доведена його ефективність у безпосередньому та віддаленому післяопераційному періоді.

**Практичне значення одержаних результатів.** Рекомендовано проводити флеботонометрію у пригирловій ділянці ВПВ при кросектомії, використовуючи спеціально розроблений пристрій, перед проведенням і під час виконання проби Вальсальви. Запропоновано застосовувати диференційоване проксимальне перев’язування ВПВ для збереження незмінених ділянок венозного русла. Підтверджено необхідність проведення дуплексного сканування вен НК при їх передопераційному обстеженні. Рекомендовано обов’язкове використання прямих антикоагулянтів у комплексному лікуванні хворих на ГТФ нижніх кінцівок. Розпрацьовано діагностично-лікувальний алгоритм при ГТФ нижніх кінцівок, який дозволяє покращити безпосередні та віддалені наслідки його лікування і може бути рекомендованим як метод вибору в тактиці ведення таких хворих.

Результати роботи з позитивним ефектом впроваджено і використовуються у лікувальній практиці працівниками хірургічних відділень центральної міської клінічної лікарні і міської клінічної лікарні №1, судиннохірургічного відділення обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська, у навчальному процесі кафедр хірургії стоматологічного факультету, факультетської та шпитальної хірургії Івано-Франківського державного медичного університету.

**Особистий внесок здобувача.** Автор здійснив літературно-патентний пошук, запланував роботу, визначив мету та завдання дослідження, самостійно провів аналіз результатів обстеження та лікування 153 хворих на ГТФ нижніх кінцівок, опанував методи обстеження та особливості хірургічних втручань, сформував клінічні групи пацієнтів. Обстеження і лікування хворих дисертант проводив самостійно і з участю працівників кафедри хірургії стоматологічного факультету, лікарів хірургічного відділення, працівників клінічної лабораторії центральної міської клінічної лікарні м. Івано-Франківська, лабораторії кафедри біохімії Івано-Франківського державного медичного університету. Аналіз та інтерпретацію результатів клінічно-лабораторних, біохімічних та інструментальних досліджень дисертант здійснив особисто. Викладені у дисертації ідеї, принципові наукові положення і висновки автор сформулював особисто. У наукових працях, опублікованих у співавторстві, використано фактичний матеріал досліджень автора.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення дисертаційної роботи представлені на: конференції хірургів ”Окремі питання невідкладної хірургії” (Ужгород, 2003); X конгресі світової федерації українських лікарських товариств, (Чернівці, 2004); науково-практичній конференції “Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії” (Львів, 2004); переривистих курсах Асоціації хірургів Івано-Франківської області ім. С. А. Верхратського (Івано-Франківськ, 2005); всеукраїнській науково-практичній конференції “Актуальні питання невідкладної хірургії” (Харків, 2006); науково-практичній конференції з міжнародною участю “Актуальні питання абдомінальної та судинної хірургії ” (Київ, 2006).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 6 наукових праць (3 – у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України і 3 – у тезах доповідей науково-практичних конференцій), отримано деклараційний Патент України на винахід.

**Структура і обсяг дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 152 сторінках машинописного тексту і складається зі вступу, огляду літератури, розділу “Об’єкт і методи дослідження”, двох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, додатків, списку використаних джерел. Робота ілюстрована 25 таблицями і 21 рисунком. Список використаної літератури містить 267 джерел.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріал і методи досліджень**. В основу роботи покладено досвід обстеження та лікування 153 хворих на ГТФ нижніх кінцівок, що виник на фоні ВХ. Діагноз ГТФ встановлювали на підставі анамнезу, результатів клінічного обстеження та вислідів КДС вен нижніх кінцівок. В дослідження не включали хворих із онкологічною патологією, системними захворюваннями сполучної тканини, важкою супутньою патологією серцево-судинної системи, оскільки це могло б вплинути на отримані результати і створило б неоднорідність вибірки.

Серед усіх пацієнтів, жінки складали 64,71%, чоловіки – 35,29%. Вік хворих становив 21 - 83 роки, середній вік – 56,63±1,07 року. Найчисельнішими були групи хворих віком 50-59 і 60-69 років (по 40 обстежених), що свідчить про розвиток ГТФ як ускладнення ВХ з тривалим анамнезом хронічної венозної недостатності (ХВН). Тривалість ГТФ у пацієнтів на час шпиталізації складала від 1 до 20 діб, однак абсолютна більшість – 121 (79,1%) хворий – були шпиталізовані впродовж перших 7 діб від початку захворювання. На правій нижній кінцівці ГТФ локалізувався у 82 (53,6%) хворих, на лівій – у 71 (46,4%) пацієнта. В залежності від ураженої ГТФ системи поверхневих вен, всі обстежені хворі розподілені наступним чином: ГТФ системи ВПВ відзначили у 131 пацієнта, що склало 85,6% від їх загальної кількості; ураження системи малої підшкірної вени (МПВ) мали 16 хворих – 10,5% випадків; у 6 (3,9%) обстежених діагностували поєднане ураження обох підшкірних вен. Для оцінки важкості ХВН застосували міжнародну класифікацію СЕАР згідно з American Venous Forum International Society of Vascular Surgery (1994). Тип тромбофлебіту у пацієнтів визначали за класифікацією F.Verrel, F.Stollman (1997). І тип ГТФ, при якому спостерігаються лише локальні тромботичні ураження дистальних сегментів магістральних підшкірних вен чи їх гілок, спостерігали у 44 (28,8%) пацієнтів. Слід відзначити найбільшу питому вагу ІІ типу ГТФ - у 68 (44,4%) хворих, при якому тромботичний процес поширювався на проксимальні ділянки підшкірних вен. Суттєвою була доля найбільш небезпечного щодо ТЕУ ІІІ типу ГТФ (перехід тромботичного процесу через гирла магістральних підшкірних вен у глибоку венозну систему), який стверджено у 13 (8,5%) наших пацієнтів. Беручи до уваги також 28 (18,3%) хворих з ІV типом ГТФ (тромбоз перфорантних вен, ізольований, або з переходом на глибоку венозну систему), загалом 109 (71,2%) осіб потребували невідкладного операційного втручання.

Дослідження складалося з двох етапів. На першому етапі у хворих на ГТФ нижніх кінцівок вивчали: 1) поширеність тромботичного процесу та функціонально-органічний стан венозної системи НК; 2) динаміку тиску у гирлі ВПВ перед і після виконання проби Вальсальви; 3) динаміку показників коагуляційного гемостазу та рівня D-димеру крові протягом проведення комплексу лікувальних заходів; 4) реологічні властивості крові та проникливість капілярної стінки перед і після проведення операції.

Топічну діагностику тромбозу та вивчення функціонально-органічного стану венозної системи НК проводили за допомогою КДС. Дослідження проводили на апараті ультрасонографічної діагностики „LOGIQ - 500” з набором трансдюсерів 7 і 3,5 мГц. КДС проведено 114 хворим. Серед них 76 пацієнтів були обстежені перед операцією, а 38 хворих – після операційного втручання. У 16 пацієнтів дослідження проведено після пригирлового перев’язування ВПВ перед другим етапом операції, а у решти 22 хворих – після виконання радикального венекзерезу, як контрольне обстеження. Під час дослідження обов’язково проводили картування усіх виявлених патологічних вено-венозних рефлюксів та рівнів тромбозу у поверхневих венах.

Динаміку венозного тиску у пригирловій ділянці ВПВ інтраопераційно вивчили у 70 хворих запропонованим нами пристроєм (рис.1), захищеним деклараційним патентом на винахід № 60232 А Україна А61В5/0295.

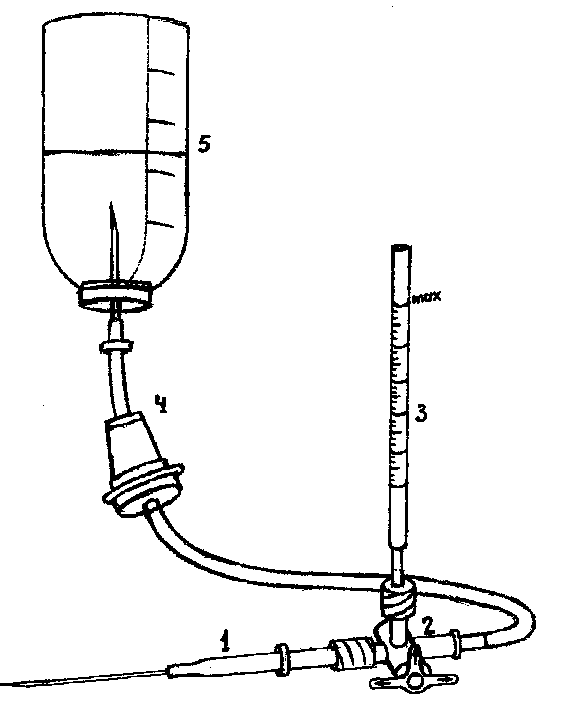


Рис. 1. Пристрій для вимірювання венозного тиску: 1 - голка-катетер; 2 - трьохходовий кран; 3 - адаптований капіляр Панченкова; 4 - система для довенного крапельного введення інфузійних розчинів; 5 – ізотонічний розчин.

Дослідження проводили наступним чином. Після ідентифікації і виділення ВПВ дистальніше її гирла на 2 - 3 см., останню брали на судинні трималки і проводили візуальну оцінку цієї ділянки вени. При наявності тромба в її просвіті дослідження не проводили. При відсутності видимих ознак тромбозу вену пунктували голкою-катетером і визначали рівень венозного тиску. Далі проводили пробу Вальсальви і відзначали показники тиску на висоті проби. Після цього між трималками проводили венотомію і переконувались у відсутності тромбозу вени. Тоді на стінку вени по обидва боки від розрізу накладали затискачі, вену пересікали і вимірювали венозний тиск у її дистальному та проксимальному відділах.

Стан системи гемостазу у хворих оцінювали, аналізуючи показники коагулограми та вмісту D-димеру крові на початку дослідження, в день шпиталізації, а також на 3-ю та 7-му добу після операції.

Дослідження коагулограми проводили з допомогою реактивів фірми "Технология Стандарт" (Росія) на коагулометрі "HUMACLOT DUO" (Австрія); визначали активований частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ), протромбіновий час (ПЧ), тромбіновий час (ТЧ) та рівень фібриногену (ФГ). Вміст D-димеру крові визначали методом латексної аглютинації з моноклональними антитілами з допомогою стандартного набору фірми Roche (Франція).

Характер змін реологічних властивостей крові та проникливості капілярів визначали капілярно-венозним методом за Казначеєвим В. П. і Дзізінським А. А. (1975), забір крові для проведення якого здійснювали в терміни, аналогічні до визначення показників коагулограми.

На основі результатів першого етапу досліджень було запропоновано діагностично-лікувальний алгоритм при ГТФ нижніх кінцівок.

Для оцінки ефективності використання запропонованого алгоритму на другому етапі дослідження були сформовані дві групи хворих: до першої (контрольної) віднесли 118 пацієнтів у яких запропонований алгоритм діагностики і лікування не використовували, і до другої (основної) групи визначили 31 хворого, діагностично-лікувальний процес в яких базувався на запропонованому алгоритмі. На цьому етапі дослідження проводили порівняльну оцінку безпосередніх і віддалених наслідків лікування хворих кожної з груп. Оцінювали середній термін перебування хворих у стаціонарі, наявність і частоту післяопераційних ускладнень та якість життя пацієнтів після проведеного лікування. Якість життя хворих вивчали за допомогою їх анкетування опитувачем “CIVIQ - 2”, яке проводили перед операцією, через 6 місяців і через 1 рік після неї.

Статистичне обчислення отриманих результатів проводили за допомогою комп’ютерної програми "STATISTIKA" та пакетом статистичних функцій програми "Microsoft Excel" на персональному комп’ютері, застосовуючи варіаційно-статистичний метод аналізу.

**Результати досліджень та їх обговорення.** З-поміж 76 хворих, обстежених за допомогою КДС перед операцією, у 72 (94,7%) діагностовано патологічний рефлюкс на остіальному клапані ВПВ й у 12 (15,8%) – на остіальному клапані МПВ. Флотацію тромба з сафено-феморального з'єднання у загальну стегнову вену діагностували у 4 пацієнтів, а через сафено-поплітеальне з'єднання у підколінну вену – в 1-му випадку, що разом склало 6,6% від загальної кількості обстежених. У пацієнтів із ГТФ в системі ВПВ ізольоване ураження тромботичним процесом її гілок траплялося майже у 4 рази рідше, ніж ураження стовбура (р<0,05), тоді як при ураженні МПВ – лише у 1,5 рази. Серед обстежених хворих патологічний вертикальний рефлюкс вздовж стовбура ВПВ стверджено у 67 (78,82%) пацієнтів. Вертикальний рефлюкс у МПВ виявили у 10 (11,76%) обстежених. Тромбовані перфорантні вени діагностовано у 28 (18,3%) пацієнтів.

При вивченні динаміки тиску у гирлі ВПВ було виявлено, що у переважної більшості хворих після проведення проби Вальсальви він різко зростає, а в решти – майже не змінюється. Причиною цього запідозрили відсутність у останніх остіального рефлюкса на ВПВ. Для підтвердження цього припущення було сформовано дві групи хворих. І групу склали 64 пацієнти, у яких, за даними КДС, виявлено рефлюкс на остіальному клапані ВПВ. До ІІ групи віднесли 6 пацієнтів без рефлюкса. Отримані результати показали, що перед проведенням проби Вальсальви венозний тиск у гирлі ВПВ в І групі хворих становив 114,88±1,51 мм.вод.ст., не відрізняючись від такого показника ІІ групи – 110,82±2,43 мм.вод.ст. (p>0,05). На висоті проби Вальсальви, у групі хворих з патологічним рефлюксом на остіальному клапані, величина венозного тиску зросла на 55,8% і становила 178,98±1,33 мм.вод.ст. При цьому у жодного з хворих не спостерігалося збільшення венозного тиску менше, ніж на 50%. У групі пацієнтів без рефлюкса у гирлі ВПВ в аналогічній ситуації показник тиску істотно не збільшився і становив 116,36±2,69 мм.вод.ст. (p>0,05). Суттєвість різниці цих показників у різних групах істотна (p<0,001). При подальшому дослідженні, після перев’язування ВПВ, венозний тиск у її дистальній частині у хворих І групи знизився і дорівнював 106,05±1,28 мм.вод.ст. (p<0,01). У хворих, у яких не було рефлюкса на остіальному клапані, відзначено зростання венозного тиску на 10,33% (p<0,01). Рівні венозного тиску у загальній стегновій вені, виміряні через залишок кукси ВПВ, складали у І групі хворих - 125,34±1,5 мм.вод.ст., а в ІІ групі – 123,55±1,85 мм.вод.ст., відповідно, не відрізняючись між собою (p>0,05). Таким чином, виходячи із наведених результатів дослідження, можна стверджувати, що зростання величини венозного тиску пригирлової ділянки ВПВ на висоті проби Вальсальви на 50 і більше % свідчить про недостатність остіального клапана.

Перед операцією у хворих на ГТФ діагностовано гіперкоагуляцію. АЧТЧ у цих хворих на час надходження у стаціонар становив 28,72±0,59 с, що на 11,9% нижче, ніж у здорових осіб. ПЧ та ТЧ у них теж були коротшими на 9,57% і 11,3% відповідно. Виявлені зміни дали нам можливість припустити доцільність застосування у хворих з ГТФ прямих антикоагулянтів. Щоб вивчити це питання, було сформовано дві групи хворих: І групу (15 осіб) – склали пацієнти, яких лікували прямими антикоагулянтами; у ІІ групу віднесли хворих (15 осіб), у комплексному лікуванні яких прямі антикоагулянти не застосовували. З метою профілактики ТЕУ, хворі І групи отримували підшкірно фраксипарин-форте в дозі 0,1 мл на 10 кг маси тіла 1 раз на добу, або клексан – 1 мг на кг маси тіла 1 раз на добу, або гепарин ( по 5000 МО 4 рази на добу) протягом 7 діб. Як свідчать результати, в групі хворих, яким призначали антикоагулянти, на 3-ю добу після операції показники системи зсідання крові нормалізувалися. АЧТЧ в цей період складав 33,28±1,77 с, що на 17,06% більше, ніж перед початком лікування, не відрізняючись від показників у здорових осіб. До 3-ї післяопераційної доби у цій групі хворих зростали також ПЧ і ТЧ (на 11,08% та 4,0% відповідно), повертаючись в межі нормальних значень. На 7-му добу післяопераційного періоду у вказаних хворих стверджено помірну медикаментозну гіпокоагуляцію, достовірно підтверджену за ПЧ і ТЧ. Що ж до рівня ФГ, то, не дивлячись на введення антикоагулянтів, його вміст у крові на 3-ю добу після операції підвищився на 14,3% з подальшою нормалізацією до 7-ї доби. В другій групі хворих, яким антикоагулянтну терапію не призначали, на 3-ю добу після операції відзначено наростання гіперкоагуляції: АЧТЧ в цей період становив 29,01±0,86 с, що на 9,6% нижче передопераційного рівня, а ПЧ – 11,71±0,28 с (що менше від показника перед операцією на 4,3%). На 7-му добу після операції у другій групі хворих поступово нормалізувалися більшість параметрів гемостазу, проте залишався низьким рівень ТЧ в порівнянні з нормою (на 10,9%). Що стосується рівня ФГ, то у хворих другої групи (як і в першій) відзначено тенденцію до його підвищення від 3,83±0,27 г/л до 4,28±0,28 г/л на 3-тю добу, що вище показника здорових осіб, із наступною нормалізацією на 7-му добу. У двох хворих другої групи (в якій пацієнтам антикоагулянтів не призначали) виникли ТЕУ. В обох цих хворих, починаючи з передопераційного періоду, виявлено значно нижчі значення хронометричних показників коагуляційного гемостазу, порівнюючи із хворими, у яких цих ускладнень не було: АЧТЧ у них перед операцією був нижчий на 13,2% від такого у хворих з неускладненим перебігом. Така відмінність для ПЧ становила 7,03%, для ТЧ – 14,4%. Рівень ФГ був вищим у хворих з ТЕУ на 64,8%. На 3-ю добу після операції гіперкоагуляційні зміни у них зростали аналогічно до всіх інших хворих. При цьому рівень ФГ у пацієнтів з неускладненим перебігом був на 32,4% нижчий. На 7-му добу після операції показники гемостазу у хворих без ТЕУ нормалізувалися, тоді як у осіб, які мали ТЕУ, утримувалася гіперкоагуляція: АЧТЧ у них становив 23,25±1,48 с, що на 28,68% нижче від норми. Їх ПЧ та ТЧ теж мали низькі значення, що відрізнялися від рівнів у здорових осіб на 15,55% та 25,48% відповідно.

У хворих на ГТФ до початку лікування рівень D-димеру крові був істотно підвищений і складав 7,71±0,67 мкг/мл (р<0,001). На 3-ю добу лікування цей показник знижувався на 31,93% в порівнянні з рівнем перед операцією, проте навіть до 7-ї доби не відбувалося цілковитої його нормалізації – він дорівнював 2,63±0,43мкг/мл. ТЕУ виникли у 3 хворих, у 2 пацієнтів – тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок та в одного – тромбоз глибоких вен з тромбоемболією гілок легеневої артерії. Розглядаючи динаміку рівня D-димеру в залежності від перебігу захворювання, виявлено, що у хворих, які мали ТЕУ, початкові значення D-димеру були вищими, ніж у пацієнтів з неускладненим перебігом захворювання (9,25±1,25 проти 7,15±0,74мкг/мл). При цьому, серед пацієнтів, у яких вміст D-димеру на час госпіталізації був <5,5 мкг/мл, ТЕУ не виникали у жодного, а в осіб з рівнем D-димеру >5,5 мкг/мл ТЕУ розвинулись у 22,2 % випадків (р<0,05). В процесі лікування, у хворих без ускладнень рівень D-димеру поступово знижувався: на 3-ю добу після операції він складав 4,75±0,7 мкг/мл і був нижчим на 35,4%, ніж до початку лікування, а на 7-му добу дорівнював 2,19±0,4 мкг/мл і був меншим, ніж показник 3-ї доби на 46,1%. У всіх пацієнтів цілковитої нормалізації рівня D-димеру не спостерігали навіть через тиждень лікування. Що ж до пацієнтів, у яких в процесі лікування виникли ТЕУ, то на 3-ю добу лікування у них не стверджено суттєвого зниження рівня D-димеру: 8,0 ± 1,45 мкг/мл (р>0,05). Даний показник у них на цей час був вищим, ніж в осіб з неускладненим перебігом захворювання. Лише на 7-му добу лікування у таких хворих рівень D-димеру зменшився на 61,3 % від показника 3-ї доби.

У хворих на ГТФ нижніх кінцівок при надходженні у стаціонар показники гематокриту як артеріальної, так і венозної крові були збільшені в порівнянні з нормальними цифрами на 7,1% та 10,9% відповідно, що свідчило про підвищення в’язкості крові. Показники втрати води і білка відповідали вектору “кров-тканина”. При цьому, втрата води перевищила норму у 2,2 рази, а білка – у 2,6 рази, що, очевидно, зумовлено запальним процесом. На 3-ю добу після операції усі показники реологічних властивостей крові змінювалися у бік збільшення проникливості. Гематокрит артеріальної крові знизився на 13,3%, венозної – на 12,1% і став нижчим за норму на 7,1% та 2,5% відповідно. Проникливість для води зросла на 18,4%, а для білка на 10,2%. В цей час клінічно збільшувався набряк кінцівки (фаза гідратації). На 7-му добу лікування гематокрит артеріальної крові, в порівнянні з попередніми показниками, зріс на 7,42% і не відрізнявся від норми, хоча гематокрит венозної крові, навпаки, знизився на 4,33%, і тому вектор проникливості капілярів змінився в бік “тканина-кров”. Показники проникливості капілярів мали тенденцію до нормалізації, хоча й перевищували норму у 1,5 раза як для води, так і для білка. Клінічно зменшувався набряк кінцівки. Отримані результати свідчать про значні зміни реологічних властивостей крові та проникливості капілярної стінки при ГТФ нижніх кінцівок, які наростають після проведення операції і мають тенденцію до нормалізації лише на 7-му післяопераційну добу.

Аналізуючи засоби, якими б можна прискорити ліквідацію вищевказаних порушень, ми вирішили застосувати венотонізуючі середники, які мають доведену дію щодо зменшення проникності судинних стінок. З цією метою було сформовано дві групи хворих. Першу (основну) групу склали 20 пацієнтів, які отримували в післяопераційному періоді препарат "детралекс" (фірми "Servier", Франція) в дозі 1 таблетка (діосміну - 450 мг і гесперідину – 50 мг) двічі на добу. У другу (контрольну) групу віднесли 16 хворих, у лікуванні яких детралекс не застосовували. Починаючи вже з 3-ї доби післяопераційного періоду, у хворих першої групи показники капілярної проникливості як для води, так і для білка були істотно нижчі, ніж у другій групі. Різниця між ними становила 35,63% проникливості для води і 30,65% – для білка. Це свідчило про те, що у хворих, які приймали детралекс, втрата води і білка була меншою і післяопераційний набряк був виражений незначно. На 7-му добу лікування основні показники транскапілярного обміну у першій групі хворих не відрізнялися від таких у здорових осіб, а вектор проникливості у цей період змінився в напрямку “тканина-кров”.

На основі результатів першого етапу досліджень, ми сформували власний діагностично-лікувальний алгоритм ведення хворих на ГТФ нижніх кінцівок (рис. 2), який включає наступні обов΄язкові дії: діагностику патологічного венозного рефлюкса на остіальному клапані з допомогою КДС (перед операцією) або запропонованим пристроєм для флеботонометрії (інтраопераційно) з наступним виконанням диференційованого проксимального перев’язування ВПВ; визначення в динаміці рівня D-димеру крові; призначення прямих антикоагулянтів та флеботонічних засобів.

При виборі лікувальної тактики ми дотримувалися наступної позиції: хірургічне лікування показане всім хворим на ГТФ і повинно вирішити наступні стратегічні завдання:

1. усунення небезпеки переходу тромбозу з поверхневих вен на глибокі або відриву тромба з розвитком ТЕЛА;
2. видалення всіх тромбованих вен;
3. радикальний венекзерез з ліквідацією усіх патологічних венозних рефлюксів;
4. збереження незмінених ділянок венозного русла.

У пацієнтів з тяжкими супутніми захворюваннями операційне втручання може обмежитися вирішенням лише 1-го і 4-го з наведених стратегічних завдань. Операційне втручання проводиться в невідкладному порядку (в день надходження хворого у стаціонар) після проведення КДС та загальноприйнятих перед проведенням ургентної операції аналізів і обстежень. Відтермінування операції можливе лише при локальному тромбофлебіті з відсутністю в зоні тромбофлебіту недостатніх перфорантних вен для адекватного приготування хворого до хірургічного втручання у випадку наявності у нього супутньої патології.

Завдання операційного лікування вирішували використовуючи:

1. диференційоване проксимальне перев’язування ВПВ залежності від наявності чи відсутності патологічного рефлюкса на остіальному клапані;
2. ліквідацію вертикального патологічного рефлюкса вздовж стовбурів основних підшкірних вен шляхом їх видалення за Наратом або з допомогою зонда Бебкока;
3. видалення тромбованих і нетромбованих варикозно-змінених гілок магістральних підшкірних вен;
4. епі- та субфасціальне перев’язування недостатніх перфорантних вен.

**Відсутній остіальний рефлюкс**

**Наявний остіальний рефлюкс**

**Операція Троянова Тределенбурга**

**Кросектомія**

**ГТФ→визначення АЧТЧ та рівня D-димеру крові**

**D-димер крові ≥ 5,5 мкг/мл**

**D-димер крові < 5,5 мкг/мл**

**Максимальні профілактичні дози прямих АК**

**Лікувальні дози прямих антикоагулянтів (АК)**

**Ітраопераційно флеботонометричним методом**

**Радикальний венекзерез**

**Зростання АЧТЧ в 1,5 і більше раз**

**Визначення рівня D-димеру крові на 3 п/о добу**

**Зниження D-димеру**

**Корекція доз АК**

**Попередні дози АК**

**З допомогою КДС**

**КДС вен, якщо не проводилося перед операцією**

**Визначення АЧТЧ на 1-3 добу після операції**

**Корекція доз АК**

**Зростання АЧТЧ менше ніж у 1,5 раз**

**Попередні дози АК**

**Діагностика остіального рефлюкса на ВПВ**

**Відсутність зниження D-димеру**

**Рис. 2. Діагностично-лікувальний алгоритм при гострому тромбофлебіті нижніх кінцівок.**

Загалом проведено 181 операційне втручання, враховуючи виконання термінового диференційованого проксимального перев’язування ВПВ у 33 пацієнтів, яким у подальшому через 1-3 доби був виконаний другий етап – венекзерез. Передопераційне приготування хворих до другого етапу операції включало проведення КДС, при якому визначали усі патологічні венозні рефлюкси і проводили їх топічне маркування на шкірі, та корекцію загального соматичного стану пацієнта.

Операційне втручання при ГТФ нижніх кінцівок системи ВПВ починали з диференційованого проксимального перев’язування ВПВ. Найчастіше його виконували з надпахового доступу за Брунером, при якому до гирла ВПВ спускалися вздовж поверхневої надчеревної вени. Принцип диференційованого проксимального перев’язування ВПВ виходить із гемодинамічного підходу до операційних втручань – необхідності збереження незмінених ділянок венозного русла. Після передопераційного (з допомогою КДС) або інтраопераційного (використовуючи запропонований пристрій (рис. 1)) підтвердження наявності патологічного рефлюкса на остіальному клапані ВПВ, виконували операцію Троянова-Тределенбурга-Дітеріхса, а при його відсутності – операцію Троянова-Тределенбурга (без перев’язування незмінених пригирлових гілок). Серед оперованих хворих операція Троянова-Тределенбурга була виконана у 6 випадках: в 1 пацієнта – як перший етап лікування (з подальшим радикальним венекзерезом), й у 5 хворих – при виконанні одномоментної радикальної венектомії. Принципи радикального видалення варикозно розширених підшкірних вен – загальноприйняті та полягають у видаленні на всьому протязі головних стовбурів підшкірних вен, великих притоків та варикозно змінених гілок за методами Бебкокка, Нарата. Перфорантні вени виділяли із окремих розрізів, розміщення яких визначали з допомогою КДС і маркували на шкірі розчином діамантового зеленого.

Операційні втручання при ГТФ малої підшкірної вени мали свої важливі особливості: доступ до гирла МПВ виконували над місцем впадіння її в підколінну вену, яке визначали з допомогою КДС; використовували переважно поперечний доступ, який є косметичним і менш травматичним. Після перев’язування сафено-поплітеального з’єднанняі проводили парціальне або тотальне видалення стовбура МПВ. Серед притоків МПВ найбільш суттєвою в гемодинамічному відношенні і в плані тромбонебезпечності є вена Джіакоміні, яка з’єднує пригирлову частину МПВ і стовбур ВПВ. Як правило, ми видаляли вену Джіакоміні (при її наявності) повністю. Інші хірургічні прийоми, які використовували при операційних втручаннях у хворих на ГТФ системи МПВ, не відрізнялися від таких при операціях на ВПВ. Терміновість і обсяг операцій залежали від типу тромбофлебіту.

Передопераційне медикаментне приготування включало індивідуальну корекцію загального соматичного стану пацієнтів з урахуванням наявних супутніх захворювань. У пацієнтів із вираженим перифлебітом застосовували нестероїдні протизапальні препарати, в більшості випадків призначали дом’язево диклофенак натрію в дозі 500 мг один раз на добу протягом 3-4 днів (до стихання запальної реакції). Серед флеботонічних засобів віддавали перевагу мікронізованій формі діосміну і гесперидину – препарату "детралекс", який хворі приймали по 1 таблетці 2 рази на добу одразу після операції і протягом 60 днів після неї. У 5-ти хворих, яких лікували лише консервативно, місцево використовували "ліотон 1000 гель" (фірми "Berlin Chemie", Німеччина). Анальгетики і препарати для лікування супутньої патології підбирали індивідуально.

Аналіз ефективності використання запропонованого нами діагностично-лікувального алгоритму при ГТФ нижніх кінцівок на другому етапі дослідження дав наступні результати. У семи пацієнтів контрольної групи, де вищевказаний алгоритм не застосовували, у післяопераційному періоді виник тромбоз глибоких вен гомілки, який у 2-х осіб (1,7%) ускладнився тромбоемболією дрібних гілок легеневої артерії. Усі пацієнти вижили. У основній групі хворих ТЕУ не спостерігалися (p < 0,05). У пацієнтів основної групи середній термін перебування у стаціонарі склав 9,78±0,37 доби і був менший за аналогічний показник у контрольній групі – 11,65±0,75 доби (р<0,05). Через 6 місяців після операційного лікування в обох групах хворих відбулося істотне покращення якості життя. Однак, при порівняльному аналізі за аналогічний період між групами, істотно кращі показники всіх параметрів якості життя отримали у пацієнтів основної групи. До 1 року ця відмінність зберігалася тільки за показником психологічного статусу. Отримані дані переконливо свідчать про те, що використаний запропонований нами алгоритм ведення хворих на ГТФ нижніх кінцівок, окрім істотної клінічної ефективності, призводить також до покращення якості життя пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді, що дозволяє рекомендувати його як метод вибору при веденні хворих на ГТФ нижніх кінцівок.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нові вирішення наукового завдання, яке полягає у визначенні особливостей патогенезу і патогномонічному обгрунтуванні лікувальної тактики при гострому тромбофлебіті нижніх кінцівок. На цій підставі запропоновано діагностичні, прогностичні і лікувально-тактичні підходи.

1. Запропонований пристрій для інтраопераційного вимірювання венозного тиску дає можливість діагностувати наявність або відсутність остіального рефлюкса на ВПВ. Зростання величини венозного тиску в пригирловій ділянці ВПВ під час проби Вальсальви на 50% і більше свідчить про недостатність остіального клапана ВПВ. Діагностика остіального рефлюкса на ВПВ дозволяє проводити диференційоване проксимальне перев’язування ВПВ, виходячи із гемодинамічного підходу до операційних втручань при варикозній хворобі – необхідності збереження незмінених ділянок венозного русла.
2. У хворих на ГТФ нижніх кінцівок у системному кровоплині відбуваються гіперкоагуляційні зміни, які до 3-ї доби після операції наростають. Цього не відбувається при використанні прямих антикоагулянтів, які водночас достовірно зменшують частоту ТЕУ.
3. Чим вищий вихідний рівень D-димеру в плазмі крові пацієнтів з ГТФ нижніх кінцівок, тим більша імовірність розвитку у них ТЕУ. У зв’язку з високим ризиком розвитку ТЕУ, відсутність зниження рівня D-димеру до 3-ї доби лікування свідчить про необхідність корекції антикоагулянтної терапії.
4. В післяопераційному періоді у хворих на ГТФ зростає капілярна проникливість для води (на 18,36%) та білка (на 10,2%). Використання препарату "детралекс" у комплексному лікуванні хворих вже до 3-ї доби після операції зменшує капілярну проникливість на 35,63% для води і на 30,65% для білка, запобігаючи післяопераційному набряку кінцівки.
5. Розроблений діагностично-лікувальний алгоритм при ГТФ нижніх кінцівок передбачає визначення в динаміці рівня D-димеру крові, перед- або інтраопераційну діагностику спроможності остіального клапана ВПВ з її диференційованим перев’язування та обов’язкове призначення прямих антикоагулянтів.
6. Використання розробленого діагностично-лікувального алгоритму при ГТФ нижніх кінцівок дозволило в післяопераційному періоді знизити частоту ТЕУ на 5,98%, зменшити середній термін перебування хворих у стаціонарі на 1,87 дня та покращити віддалені наслідки лікування хворих: фізичний стан пацієнтів на 6-му місяці після операції покращився на 9,3%, показник психологічного стану - на 5,6%, а соціальна і побутова активність - на 7,4%.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Спосіб вимірювання венозного тиску при гострому тромбофлебіті поверхневих вен нижніх кінцівок / М. Г. Гончар, Я. М. Кучірка, І. К. Чурпій, М. Д. Ризюк // Науковий Вісник Ужгородського університету. – серія “Медицина”, вип. 20. – 2003. – С. 204-205. *(Участь здобувача є основною і полягає у виборі теми, аналізі літератури, опрацюванні результатів, приготуванні статті до друку).*
2. Прогнозування перебігу гострого тромбофлебіту нижніх кінцівок / М. Г. Гончар, Р. В. Сабадош, М. Д. Ризюк В. Д. Скрипко // Харківська хірургічна школа. –№1. – 2006. – С.102-104. *(Участь здобувача полягає в зборі матеріалу, статистичному опрацюванні показників, узагальненні результатів дослідження, оформленні статті до друку).*
3. Гончар М. Г. Особливості порушень коагуляційного гемостазу у хворих на гострий тромбофлебіт нижніх кінцівок / М. Г. Гончар, Р. В. Сабадош, М. Д. Ризюк // Архів клінічної медицини. – № 2 (12). – 2007. – С. 27-29. *(Здобувач провів пошук літератури, клінічне обстеження хворих, аналіз отриманих результатів, оформив статтю до друку).*
4. Гончар М. Г. Радикалізація оперативного лікування хворих з гострим тромбофлебітом нижніх кінцівок / М. Г. Гончар, Р. В. Сабадош, М. Д. Ризюк // Клін. хірургія. – 2006. – № 4-5. – С. 66-67. *(Здобувач проводив клінічні обстеження, опрацювання отриманих результатів, приготував статтю до друку).*
5. Пат. 60232 А Україна, МПК А61В5/0295. Пристрій для вимірювання венозного тиску / М. Д. Ризюк, М. Г. Гончар, Я. М. Кучірка, О. В. Пиптюк, І. К. Чурпій, І. В. Мельник – №2003054751; заявл. 26.05.2003; опубл. 15.09.2003; Бюл. № 9. *(Автор зібрав і проаналізував матеріал, оформив його до друку, його участь є визначальною в опрацюванні та описі винаходу).*
6. Венозні тромбоемболічні ускладнення у невідкладній абдомінальній хірургії / М. Г. Гончар, Я. М. Кучірка, І. К. Чурпій, М. Д. Ризюк // Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії: матеріали науково-практичної конференції, 18-19 берез. 2004 р. – Львів: Львівський держ. мед. ун-т ім. Д. Галицького, 2004. – С. 215–216. *(Здобувач зібрав матеріал та проаналізував результати дослідження).*
7. Спосіб визначення стану перфорантних вен при гострому тромбофлебіті нижніх кінцівок / М. Г. Гончар, Я. М. Кучірка, І. В. Мельник, І. К. Чурпій, М. Д. Ризюк // Матеріали Х Конгресу світової федерації українських лікарських товариств. – Чернівці – Київ – Чікаго. – 2004. – С.472–473. *(Участь здобувача в написанні роботи є визначальною і полягає у проведенні аналізу наукових джерел, відборі пацієнтів, відпрацюванні методики дослідження та аналізі отриманих результатів).*

**АНОТАЦІЯ**

Ризюк М. Д. Патогномонічне обґрунтування лікувальної тактики при гострому тромбофлебіті нижніх кінцівок. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03. – хірургія. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, 2008.

Обстежено 153 хворих на гострий тромбофлебіт нижніх кінцівок (ГТФНК). Доведено, що у таких осіб у системному кровоплині відбуваються гіперкоагуляційні зміни, які до 3-ї доби після операції наростають. Цього не відбувається при використанні прямих антикоагулянтів, які також зменшують частоту тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ). Показано, що частота ТЕУ є вищою у пацієнтів з високим вихідним рівнем D-димеру та у хворих з відсутністю його зниження до 3-ї доби лікування. Запатентований пристрій для інтраопераційного вимірювання венозного тиску, який водночас дає можливість діагностувати остіальний рефлюкс у великій підшкірній вені (ВПВ), що дозволяє проводити її диференційоване проксимальне перев’язування. На основі проведених досліджень розроблений діагностично-лікувальний алгоритм при ГТФ НК, використання якого дозволило знизити частоту ТЕУ в післяопераційному періоді, зменшити середній термін перебування хворих у стаціонарі та покращити віддалені наслідки їх лікування.

Ключові слова: гострий тромбофлебіт, флеботонометрія, гемостаз, D-димер, реологія крові, комплексне хірургічне лікування хворих.

**АННОТАЦИЯ**

Ризюк Н. Д. Патогномоническое обоснование лечебной тактики при остром тромбофлебите нижних конечностей. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. Львовский государственный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, 2008.

Обследовано 153 больных острым тромбофлебитом нижних конечностей (ОТФНК) и проанализировано результаты их комплексного хирургического лечения. Возраст пациентов – 21 - 83 лет (средний возраст - 56,63±1,07 года), соотношение мужчин и женщин 54 : 99 (35,29% против 64,71%). Учитывая классификацию распространённости ОТФНК за F.Verrel и F.Stollman (1997), 44 (28,8%) больных имели І тип тромбофлебита, 68 (44,4%) - ІІ тип, 13 (8,5%) - ІІІ тип и 28 (18,3%) - ІV тип.

У больных исследованы показатели коагуляционного гемостаза и уровня D-димера крови в до- и послеоперационном периоде. Доказано, что при ОТФНК в системном кровотоке наблюдаются гиперкоагуляционные изменения, которые к 3-му дню послеоперационного периода возрастают. Этого не происходит при использовании прямых антикоагулянтов. В связи с этим при их применении риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО) уменьшается. Всё это доказывает необходимость обязательного применения прямих антикоагулянтов в лечении больных ОТФНК. Показано, что частота ТЭО гораздо выше у пациентов с исходными високими уровнями D-димера и у больных с отсутствием его снижения к 3-му дню лечение. Разработано и запатентовано приспособление для интраоперационного измерения венозного давления на нижних конечностях. Это приспособление одновременно дает возможность диагностировать остиальный рефлюкс у большой подкожной вене (БПВ). Возрастание венозного давления в её приустьевой части во время пробы Вальсальвы на 50% и больше свидетельствует о недостаточности остиального клапана БПВ. Диагностирование остиального рефлюкса у БПВ позволяет избирательно подходить к полноте выполняемой кроссэктомии. Исходя из гемодинамического похода к операциям на поверхностных венах нижних конечностей, неизменённые сегменты этих вен, в том числе и приустьевая зона БПВ, должны быть сохранены.

Впервые исследовано динамику реологических свойств крови капиляро-венозным методом у больных с ОТФНК. В послеоперационном периоде у них возрастает капилярная проницаемость для воды (на 18,36%) и белка (на 10,2%). Использование препарата "детралекс" в комплексном лечении больных с ОТФНК уже к 3-му дню после операции уменьшает капилярную проницаемость на 35,63% для жидкости и на 30,65% для белка, препятствуя развитию послеоперационного отёка.

Результатами работы ещё раз подтверждена обязательность передоперационного цветного дуплексного сканирования венозной системы нижних конечностей, которое даёт возможность картировать все патологические венозные рефлюксы и визуализировать тромбированые венозне сегменты.

Исходя из проведенных исследований, разработан диагностическо-лечебный алгоритм при ОТФНК. Этот алгоритм базируется на определении в динамике уровня D-димера крови, до- или интраоперационной диагностике состоятельности остиального клапана БПВ с избирательным подходом к её перевязке и обязательном назначении прямых антикоагулянтов.

Использование предложеного алгоритма позволило снизить риск возникновения ТЭО в послеоперационном периоде на 5,98%, уменьшить средний период пребывания больных в стационаре на 1,87 сутки и улучить качество их жизни в отдалённом после операции периоде. С целью определения последнего, применяли специальный опросник пациентов с заболеваниями вен нижних конечностей CIVIQ-2. Через 6 месяцев после операции физическое состояние пациентов, у которых использовался предложеный алгоритм, улучшилось на 65,4%, показатель психологического статуса возрос на 69,3 %, а социальная и бытовая активность – на 67,4%. В это время аналогичные показатели в группе больных, у которых алгоритм не использовался, улучшились всего на 56,1%, 61,4% и 63,7 % соответственно (во всех случаях р<0,05).

Ключевые слова: острый тромбофлебит, флеботонометрия, гемостаз, D-димер, реология крови, комплексное хирургическое лечение больных.

**ANNOTATION**

Ryzyuk M. D. Pathognomonic substantiation of the treatment in case of acute thrombophlebitis of the lower extremities. – Manuscript.

Dissertation for obtaining the scientific degree of candidate of medical science in the speciality 14.01.03. – Surgery. Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, 2008.

We have examined the 153 patients with acute thrombophlebitis of lower extremities (ATLE). We have proved that in the general blood circulation of such patients were observed hypercoagulative changes, which increased to the 3rd day after operation. These didn’t happen in case of using the direct anticoagulants which have decreased the frequency of the tromboembolitic complications (TEC). It was shown that the frequency of the TEC is higher in patients with the high primary level of the D-dimer and in patients without it’s decreasing to the 3rd day of treatment.

We have patented the appliance for the intraoperative measuring of the venous pressure, which simultaneously gives possibility to diagnose the ostial reflux in the v. superficialis magna, that allows to make its differentiated proximal bandaging. On the base of our researhes we have made the diagnostical-treatment algoritm in case of the ATLE, that allowed to decrease the frequency of the TEC in postoperative period, to decrease the average term of staging patients in the hospital and to improve estrangement results of their treatment.

Key words: acute thrombophlebitis, phlebotonometry, hemostasis, D-dimer, blood rheology, complex surgical treatment of patients.

|  |  |
| --- | --- |
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ | |
| ГТФ | - гострий тромбофлебіт |
| НК | - нижня кінцівка |
| ВХ | - варикозна хвороба |
| ХВН | - хронічна венозна недостатність |
| ФТ | - флеботромбоз |
| ТЕЛА | - тромбоемболія легеневої артерії |
| ТЕУ | - тромбоемболічні ускладнення |
| КДС | - кольорове дуплексне сканування |
| АЧТЧ | - активований частковий тромбопластиновий час |
| ПЧ | - протромбіновий час |
| ТЧ | - тромбіновий час |
| ФГ | - фібриноген |
| ВПВ | - велика підшкірна вена |
| МПВ | - мала підшкірна вена |

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>