



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 1-2 (118-119) 2023

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983П
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою

ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 05 від 05.02.2023 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарьова

Підписано до друку 20.02.2023 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 10,23.
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2023

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ

Заступники головного редактора

П. М. Замятін, док. мед. наук, професор
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор
Ю. В. Іванова, док. мед. наук, професорка
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка
О. В. Кравцов, док. медичних наук
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор
С. О. Савві, док. мед. наук, професор
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор

ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна),
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка член-кор. НАМН України
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU
А. К. Флорікян, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андрєщев, канд. мед., доцент (Київ, Україна),
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
К. Ю. Пархоменко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Сипітий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Стариков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



Зміст

Contents

ЗАГАЛЬНА ТА НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ

GENERAL AND EMERGENCY SURGERY

Патогенетична класифікація холангіту 6 <i>В. В. Бойко, В. П. Польовий, Р. М. Смачило, О. В. Малоштан, А. О. Неклюдов, М. О. Кльосова, М. С. Черняєв, В. Ф. Омельченко, О. В. Волченко, Д. С. Козлов, Ю. О. Фусс</i>	Pathogenetic classification of cholangitis 6 <i>V. V. Boyko, V. P. Poljovyi, R. M. Smachilo, A. V. Maloshtan, A. A. Neklyudov, M. O. Klyosova, M. S. Chernyaev, V. F. Omelchenko, O. V. Volchenko, D. S. Kozlov, Yu. O. Fuss</i>
Lichtenstein, tapp і тер: порівняльна оцінка інтенсивності післяопераційного болю 11 <i>І. І. Булик, В. П. Шкарбані, С. М. Василюк, А. І. Гуцуляк, В. І. Гудивок, В. С. Осадець, В. В. Іванина</i>	Lichtenstein, tapp, and tep: comparative assessment of postoperative pain intensity 11 <i>I. I. Bulyk, V. P. Shkaraban, S. M. Vasyliuk, S. M. Huculiak, V. S. Hudyvok, V. S. Osadets, V. V. Ivanyna</i>
Відеолапароскопічні діагностичні втручання в оптимізації хірургічної тактики у хворих на невідкладну хірургічну абдомінальну патологію 15 <i>О. В. Капшитар, О. О. Капшитар, А. В. Бачурін</i>	Videolaparoscopic diagnostic interventions in the optimization of surgical tactics in patients with urgent surgical abdominal pathology 15 <i>O. V. Kapshitar, O. O. Kapshitar, A. V. Bachurin</i>
Оптимізація хірургічного лікування хворих з діастазом прямих м'язів живота 20 <i>К. Л. Гафт, В. В. Цілюрик</i>	Optimization of surgical treatment of patients with rectus abdominis diastasis. 20 <i>K. L. Gaft, v. V. Tsiliurik</i>
Застосування транскутанних пункційно-дренуючих втручань під контролем ультрасонографії при лікуванні хворих із кістозними утвореннями підшлункової залози 25 <i>А. С. Гончаров</i>	The using of transcutaneous puncture and drainage interventions under ultrasonography control in the treatment of patients with pancreatic cystic lesions 25 <i>A. S. Honcharov</i>
Оцінка патоморфологічних змін тканини підшлункової залози у хворих на хронічний панкреатит 29 <i>О. Є. Каніковський, І. В. Павлик, Ю. А. Пунько, І. В. Олійник</i>	Evaluation of pathomorphological changes of pancreatic tissue in patients with chronic pancreatitis 29 <i>O. E. Kanikovskiy, I. V. Pavlyk, Yu. A. Punko, I. V. Oliinyk</i>
Інструментальна діагностика інфікованих форм панкреонекрозу 34 <i>А. О. Меркулов, О. М. Шевченко, І. А. Кулик, Є. О. Білодід</i>	Instrumental diagnosis of infected forms of pancreatic necrosis 34 <i>A. O. Merkulov, O. M. Shevchenko, I. A. Kulyk, E. O. Bilodid</i>
Оцінка ефективності пункційних втручань у хворих з септичними ускладненнями гострого панкреатиту 38 <i>В. В. Бойко, А. О. Меркулов, О. М. Шевченко, С. В. Ткач, Є. О. Білодід, І. А. Кулик</i>	Assessment of the effectiveness of puncture interventions in patients with septic complications of acute pancreatitis. 38 <i>V. V. Boyko, A. O. Merkulov, J. M. Shevchenko, S. V. Tkach, Ye. O. Bilodid, I. A. Kulik</i>



Мінімізація післяопераційних ускладнень панкреатодуоденальної резекції при обструктивних захворюваннях панкреатодуоденальної зони 42	Modern aspects of minimizing postoperative complication pankreatoduodenal resections for obstructive diseases pancreaticoduodenal zone 42
<i>Б. С. Запорожченко, В. М. Качанов, І. Є. Бородаєв, О. А. Васильєв, Г. Т. Ісмаїлов, В. В. Колодій, А. Ю. Шаранова</i>	<i>B. S. Zaporozhchenko, V. N. Kachanov, I. E. Brodaev, O. A. Vaselev, G. T. Ismailov, V. V. Kolodii, A. Yu. Sharapova</i>
Показання до біліарної декомпресії та вибір білідигестивного анастомозу при панкреатодуоденальній резекції. 47	Indications for biliary decompression and choice of biliodigestive anastomosis in pancreaticoduodenal resection 47
<i>М. М. Велигоцький, С. Е. Арутюнов, І. В. Тесленко, М. В. Клименко</i>	<i>M. M. Velygotsky, S. E. Arutyunov, I. V. Teslenko, M. V. Klymenko</i>
Етіологічні ознаки та патоморфологічні прояви дивертикулярної хвороби товстої кишки. 53	Etiology and pathomorphology of diverticular disease of the colon 53
<i>В. О. Шапринський, В. Р. Тагеев, О. Г. Урван</i>	<i>V. O. Shaprynskyi, V. R. Taheiev, O. G. Urvan</i>
Перспективи використання мініінвазивних технологій для хірургічного лікування нориць прямої кишки 58	Prospects for the use of mini-invasive technologies in the surgical treatment of rectal fistulas 58
<i>Т. М. Фірси́к</i>	<i>T. M. Firsyk</i>
Профілактика та лікування ускладнень шийного анастомозу при езофагопластиці 62	Prevention and treatment of complications of cervical anastomosis in esophagoplasty. 62
<i>В. О. Шапринський, Є. В. Шапринський, Мустафа Бассам Хуссейн</i>	<i>V. O. Shaprynskyi, Ye. V. Shaprynskyi, Mustafa Bassam Hussein</i>
Малоінвазивні ендохірургічні втручання у лікуванні гострої обтураційної непрохідності товстої кишки. 68	Minimally invasive endosurgical interventions in the treatment of acute obstructive obstruction of the colon 68
<i>В. В. Бойко, В. Г. Грома, А. С. Моїсеєнко, Ю. А. Моїсеєнко</i>	<i>V. V. Boyko, V. G. Groma, A. S. Moiseyenko, Yu. A. Moiseyenko</i>
Роль комп'ютерної томографії в стадіюванні та хірургічному лікуванні місцево-поширеного раку шлунку. 71	The role of the computer tomography in staging and surgical treatment of locally distributed stomach cancer. 71
<i>В. В. Бойко, В. О. Лазирський, І. В. Криворотко, А. Л. Веселий</i>	<i>V. V. Boiko, V. A. Lazirskiy, I. V. Krivorotko, A. L. Veseliy</i>
Використання сучасних технологій у виборі лікувально-діагностичної тактики при колоректальному раку 76	Use of modern technologies in the choice of treatment and diagnostic tactics for colorectal cancer 76
<i>С. О. Савві, Д. П. Замятін, П. М. Замятін, Є. А. Новіков, В. В. Жидецький, С. С. Руденко</i>	<i>S. O. Savvi, D. P. Zamyatin, P. M. Zamyatin, E. A. Novikov, V. V. Zhidetsky, S. S. Rudenko</i>



Застосування шовного матеріалу з антиоксидантними властивостями для інтестінорафії за умов гострого перитоніту в експерименті 80 <i>A. I. Shurma, F. V. Grynychuk</i>	The use of suture material with antioxidant properties for intestinalorrhaphy under the conditions of acute peritonitis in an experiment. 80 <i>A. I. Shurma, F. V. Grynychuk</i>
Вплив ентеросорбції та внутрітканинного електрофорезу антибіотиків на перебіг ранового процесу за термічних опіків 88 <i>B. V. Petryuk, V. P. Poloviy, O. V. Rotar, Yu. M. Myshkovskiy, I. I. Bilyk</i>	The effect of enterosorption and intratissue electrophoresis of antibiotics on the course of the wound process is in case of thermal burns 88 <i>B. V. Petryuk, V. P. Poloviy, O. V. Rotar, J. M. Myshkovsky, I. I. Bilyk</i>
Значення змін первинного гемостазу за абдомінального сепсису, як можливий механізм спайкоутворення 92 <i>V. P. Polyovyy, A. Yu. Savchuk, R. I. Sydoruk, P. V. Kyfyak, I. M. Plehutsa</i>	The significance of changes in primary hemostasis during abdominal sepsis as a possible mechanism of spike formation 92 <i>V. P. Polyovyy, A. Yu. Savchuk, R. I. Sydoruk, P. V. Kyfyak, I. M. Plehutsa</i>
Прогнозування перебігу панкреатогенного перитоніту 96 <i>I. D. Duzhyi, O. L. Sytnik, V. V. Shimko, I. M. Medvedeva</i>	Prediction of the course of pancreatogenic peritonitis 96 <i>I. D. Duzhyi, O. L. Sytnik, V. V. Shimko, I. M. Medvedeva</i>
Антибіотикорезистентність мікрофлори за перфоративного холецистита й абсцеса печінки. 100 <i>O. V. Ievtushenko, V. O. Syplyviy, M. M. Mishina, I. A. Kryvoruchko, D. V. Ievtushenko</i>	Antibiotic resistance of microflora in perforating cholecystitis and liver abscess 100 <i>O. V. Ievtushenko, V. O. Syplyviy, M. M. Mishina, I. A. Kryvoruchko, D. V. Ievtushenko</i>
Особливості вибору оперативної тактики за гострої кишкової непрохідності й розповсюдженого перитоніту 104 <i>O. S. Olefir</i>	Features of choice of operative tactics for acute intestinal obstruction and diffused peritonitis 104 <i>O. S. Olefir</i>
Динаміка змін функціональної активності неспецифічних факторів запалення при розповсюдженому перитоніті 110 <i>O. O. Bilyayeva, V. V. Kryzhevskiy, I. V. Karol, O. I. Osadcha</i>	Dynamics of changes in the functional activity of nonspecific inflammatory factors in widespread peritonitis 110 <i>O. O. Bilyayeva, V. V. Kryzhevsky, I. V. Karol, O. I. Osadchay</i>
Роль аплікаційних сорбентів у комплексному лікуванні гнійно-некротичних процесів при синдромі діабетичної стопи 119 <i>V. V. Kryzhevskiy, O. O. Bilyayeva, O. I. Myronenko, A. R. Bitin'sh</i>	The role of applied sorbents in the complex treatment of purulent-necrotic processes in diabetic foot syndrome 119 <i>V. V. Kryzhevskiy, O. O. Bilyayeva, O. I. Myronenko, A. R. Bitin'sh</i>



СУДИННА ХІРУРГІЯ

Клінічна ефективність хірургічного лікування хворих з гострим тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок123
Д. В. Оклей, І. А. Тарабан, В. О. Прасол

Результати хірургічного лікування пацієнтів із хронічною ішемією нижніх кінцівок. Короткострокові дані127
В. В. Шапринський

Тромбоз артеріо-венозної фістули: питання доцільності виконання тромбектомії134
С. Р. Вільданов, А. О. Никоненко, В. О. Губка, І. В. Русанов, Р. І. Будаггов

ХІРУРГІЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ТА БОЙОВОЇ ТРАВМИ

Хірургічне лікування постраждалих із мінно-вибуховими травмами під час військових дій138
С. М. Тесленко

Наш досвід хірургічного лікування постраждалих із осколковими вогнепальними пораненнями дванадцятипалої кишки142
К. Ю. Пархоменко, А. Г. Дроздова, К. Є. Паюнов, К. А. Прокопенко

Об'єктивізація глибини ішемії кінцівок при проведенні військово-лікарської комісії під час воєнного стану146
О. Є. Каніковський, С. В. Сандер, О. І. Бондарчук, Ю. П. Гнатюк, О. М. Лопушанський

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Сучасний підхід до хірургії пахвинних гриж151
В. П. Шкарбан, І. І. Булик, С. М. Василюк, О. В. Прудніков, І. Р. Лаб'як, І. В. Біцька, Н. М. Павлюк

Особливості патогенезу гнійних ран нижніх кінцівок, що тривало не загоюються157
К. А. Гольцев, І. А. Криворучко, В. М. Чеверда

VASCULAR SURGERY

Clinical effectiveness of surgical treatment of patients with acute thrombosis of lower limbs123
D. V. Oklei, I. A. Taraban, V. O. Prasol

Results of surgical treatment of patients with chronic ischemia of the lower extremities. Short-term data127
V. V. Shaprynskyi

Thrombosis of arterio-venous fistula: question of feasibility of performing thrombectomy134
S. R. Vildanov, A. O. Nykonenko, V. O. Gubka, I. V. Rusanov, R. I. Budagghov

SURGERY OF GUNSHOT WOUNDS AND COMBAT TRAUMA

Surgical treatment of victims with mine and explosive injuries during military actions138
S. M. Teslenko

Our experience of surgical treatment of victims with fragmentary gunshot wounds of the duodenum142
K. Y. Parkhomenko, A. G. Drozdova, K. Ye. Payunov, K. A. Prokopenko

Objectification of the depth of limb ischemia during military medical commission during martial law146
O. E. Kanikovskiy, S. V. Sander, O. I. Bondarchuk, Yu. P. Hnatyuk, O. M. Lopushanskyi

LITERATURE REVIEW

Modern approach to inguinal hernia surgery151
V. P. Shkaraban, I. I. Bulyk, S. M. Vasyliuk, O. V. Prudnikov, I. R. Labyak, S. V. Bitska, N. M. Pavliuk

Features of the pathogenesis of purulent wounds of the lower extremities that do not heal for a long time157
K. A. Goltsev, I. A. Krivoruchko, V. M. Cheverda



Д. В. Оклей, І. А. Тарабан,
В. О. Прасол

ДУ «Інститут загальної
та невідкладної хірургії
імені В. Т. Зайцева НАМН
України», м. Харків

© Колектив авторів

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ТРОМБОЗОМ ГЛИБОКИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Резюме. Проведено обстеження та лікування 274 пацієнта хворих на гострий тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок (ТГВ). Тромболітична терапія (ТЛТ) в якості базового методу лікування була застосована у 98 (35,8 %) хворих. З них у 44 (16,1 %) був здійснений катетер-керований тромболізис та у 54 (19,7 %) пацієнтів була застосована системна тромболітична терапія. У 176 (64,2 %) пацієнтів базовим методом лікування була антикоагулянтна терапія (АКТ). У віддаленому періоді позитивні результати ТЛТ значно перевершували результати АКТ. Так, тільки 14 (15,7 %) пацієнта після ТЛТ мали в віддаленому періоді виражені ознаки ПТХ, тоді як при лікуванні антикоагулянтами у 40 (30,8 %) пацієнтів зберігалися клінічні прояви важких форм ХВН.

Ключові слова: гострий тромбоз в системі нижньої порожнистої вени, антикоагулянтна терапія, тромболітична терапія.

Вступ

Гострі тромбози глибоких вен (ТГВ) в системі нижньої порожнистої вени становлять понад 95 % від усіх венозних тромбозів і часто ускладнюються тромбоемболією легеневої артерії (ТЕЛА). В Україні щорічно реєструється від 53 до 162 випадків ТГВ на 100 тисяч населення з летальністю від ТЕЛА на рівні 20–25 % [1]. Крім небезпечної для життя ТЕЛА, тяжким наслідком ТГВ є посттромботична хвороба (ПТХ) з вираженими проявами хронічної венозної недостатності (ХВН) нижніх кінцівок [2]. Подальше прогресування ПТХ супроводжується утворенням трофічних виразок, що становлять 19,7 % від усіх виразок венозної етіології [3, 4].

Незважаючи на застосування різних методів лікування ТГВ в системі нижньої порожнистої вени, безпосередні та віддалені результати їх застосування не можуть повністю задовольнити фахівців [5–7]. Ця обставина стала підставою для оцінки клінічної ефективності хірургічного лікування гострого ТГВ нижніх кінцівок.

Мета досліджень

Оцінити ефективність тромболітичної і антикоагулянтної терапії у пацієнтів з ТГВ нижніх кінцівок і визначити ступінь тяжкості ХВН, обумовленою ПТХ, у віддаленому періоді.

Матеріали та методи досліджень

Проведено обстеження та лікування 274 пацієнтів з ТГВ нижніх кінцівок, в 31 випадках ускладненими тромбоемболією легеневої артерії (ТЕЛА). Зазначеним пацієнтам були застосовані різні види лікування: у 98 (35,8 %) — тромболітична і у 176 (64,2 %) — антикоагулянтна терапія.

Серед обстежених було 173 (63,1 %) чоловіка і 101 (35,9 %) жінка у віці від 20 до 78 років. Пацієнти поступили для лікування в терміни від 3 до 20 діб з моменту появи клінічних ознак захворювання. Анамнестична давність тромбозу у 167 (60,9 %) пацієнтів становила 7 і більше діб. При комплексному клініко-інструментальному і лабораторному обстеженні, яке включало ультразвукове ангіосканування і за показами рентгенконтрастну ангіографію, виявлено гострий поширений тромбоз з залученням клубово-стегнового і/або стегново-підколінного венозних сегментів. У всіх пацієнтів були виявлені оклюзивні тромби зазначеної локалізації. У 31 пацієнта, госпіталізованих з приводу ТГВ, була виявлена ТЕЛА, при цьому 27 (87,1 %) з них мали субмасивну і 4 (12,9 %) — масивну форму захворювання. Пацієнти, що надійшли в клініку з приводу ТГВ в поєднанні з ТЕЛА, перебували в стані середнього ступеня тяжкості.

Тромболітична терапія в якості базового методу лікування була застосована у 98 (35,8 %) пацієнтів. З них у 44 (16,1 %) здійснено катетер-керований тромболізис (ККТ) [5] з використанням стрептокінази в дозі 100 000 од/год із середньою тривалістю лікування до 3 діб. Препарати вводили через катетер, встановлений в задню великогомілкову вену ураженої тромбозом нижньої кінцівки.

Для проведення системної тромболітичної терапії (СТЛТ) у 54 (19,7 %) пацієнтів застосовували стрептокіназу (100000 од/год), урокіназу (4400 од/кг/год) і актилізе (100 мг протягом 2 годин).

У 176 (64,2 %) пацієнтів базовим методом лікування була антикоагулянтна терапія (АКТ) із застосуванням низькомолекулярного гепа-

рину (НМГ) у 104 (45,8 %) і нефракціонованого гепарину (НФГ) у 72 (31,7 %) пацієнтів. Низькомолекулярний (фракціонований) гепарин (в основному — еноксапарин) вводили в дозі 1 мг/кг маси тіла пацієнта 2 рази на добу під шкіру живота до переведення пацієнта на варфарин при досягненні цільового МНО. Також застосовували НФГ, який вводили одноразово внутрішньовенно в дозі 5000 ОД, і потім продовжували лікування шляхом безперервної внутрішньовенної інфузії НФГ в добовій дозі 20000–35000 ОД, забезпечуючи підтримку величини АЧТВ в 1,5–2 рази більше початкового і контролюючи її кожні 6 годин. Тривалість інфузії НФГ становила мінімум 5 діб і більше в залежності від показників МНО. У пацієнтів, які отримували АКТ, паралельно призначали антикоагулянти непрямої дії (АНД). Дозу цих препаратів підбирали індивідуально під контролем протромбінового індексу (50–60 %) або МНО (2,0–3,0) і рекомендували приймати АНД протягом не менше 4–6 місяців в амбулаторних умовах. Крім зазначеної терапії в період перебування в клініці пацієнти отримували венотоніки (детралекс, флебодія, цікло-3-форт) в стандартних дозах, користувалися еластичними бинтами або індивідуально підібраним компресійним трикотажем.

Згідно з протоколом дослідження у всіх пацієнтів оцінювали стан системи гемостазу до початку і протягом усього госпітального періоду лікування. Оцінку безпосередніх результатів лікування пацієнтів з гострими тромбозами глибоких вен таза і нижніх кінцівок проводили з урахуванням наступних показників: 1) динаміки регресії клінічних симптомів захворювання; 2) ступеня відновлення прохідності венозного русла; 3) ефективності профілактики ТЕЛА; 4) види і кількість ускладнень, пов'язаних з методом лікування.

Оцінку віддалених результатів лікування проводили з урахуванням відсутності або наявності клінічних ознак ПТХ і таких показників, як: 1) функціональний клас ХВН відповідно з Міжнародною класифікацією СЕАР; 2) ступінь відновлення прохідності венозного русла (часткова або повна реканалізація) за даними дуплексного сканування.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою стандартного офісного пакету «Microsoft Office 2010» з додатком пакета «Microsoft Excel» і статистичних програм для медико-біологічних досліджень «Biostatistics» (Statistical Graphics Corp., USA), Version 4.03 для Windows.

Результати дослідження та їх обговорення

У цілому безпосередні клінічні результати лікування виявилися позитивними у 171 (75,3 %)

пацієнтів. У хворих, які отримували ККТ, спостерігався швидкий регрес основних клінічних ознак гострого іліофemorального венозного тромбозу. Вже до кінця першої доби у цих пацієнтів значно зменшилися розпираючий біль у нижній кінцівці. На 3-ю добу після проведення ККТ зберігалися лише помірні болі в кінцівці, обсяг якої був значно менше початкової. На 12-ту добу клінічні прояви захворювання були відсутні. При ультразвуковому і ангіографічному дослідженні у 36 (81,8 %) з 44 пацієнтів, які отримали ККТ, відзначений повний і у 8 (18,2 %) — частковий лізис тромбів.

У групі СТЛТ (54 хворих) після закінчення першої доби лікування початок регресу клінічної симптоматики спостерігався у 12 (22,2 %), а на 3-ю добу — у 31 (57,4 %) пацієнтів. На 12 добу клінічні прояви ТГВ у 45 (83,3 %) пацієнтів були мінімальними. За даними ультразвукового дослідження, в групі СТЛТ повне відновлення прохідності уражених тромбозом сегментів було у 11 (20,4 %) і часткове — у 34 (62,9 %) пацієнтів. У цій групі у 47 (87,0 %) пацієнтів спостерігалася нормалізація гемодинаміки в малому колі кровообігу і лише у 7 (13,0 %) відзначені помірно виражені ознаки легеневої гіпертензії. Системне введення тромболітиків виявилось безуспішним у 9 (16,7 %) хворих. Важливо відзначити, що лікування тромболітичними препаратами не супроводжувалося клінічно значимими геморагічними ускладненнями, спостерігалися лише гематоми підшкірної клітковини.

З 176 пацієнтів, які отримали курс АКТ, у 103 (58,5 %) не спостерігалось прогресування тромботичного процесу. У 28 (15,9 %) пацієнтів при ультразвуковому дослідженні виявлено ознаки реканалізації тромбованих вен, причому більш рання реканалізація була відзначена в групі пацієнтів, які отримували НМГ. У 73 (41,5 %) випадках курс АКТ не привів до позитивного лікувального ефекту через прогресування тромботичного процесу. Разом з тим ні в одному випадку ТГВ не ускладнився ТЕЛА. Проведене комплексне лікування тромбозів глибоких вен таза і нижніх кінцівок дозволило запобігти розвитку ТЕЛА. Рецидивів ТГВ, летальних випадків не зареєстровано у всіх групах пацієнтів.

У віддаленому періоді в терміні від 3 місяців до 10 років були обстежені 219 (79,9 %) пацієнтів, з яких 89 (40,6 %) хворих отримали ТЛТ і 130 (59,4 %) — курс АКТ. У 44 пацієнтів, базовим лікуванням яких був ККТ, у віддаленому періоді не було виявлено виражених ознак ХВН, пов'язаних з ПТХ. У групі з 45 пацієнтів, основне лікування яких полягало в СТЛТ, у 8 відзначений С1–С2, у 9 — С3–С4 і у 5 — С5–С6 ХВН (СЕАР). У пацієнтів, які отримали



ТЛТ, спостерігалася різна ступінь (від повної до часткової) реканалізації глибоких вен за даними ультразвукового дослідження. У групі з 93 пацієнтів, яким було проведено лікування НМГ, у 24 зареєстрована С2–С3 і у 21 — С4 і у 29 — С5–С6 ХВН (СЕАР). Серед 37 пацієнтів, пролікованих НФГ, у 6 відзначений С2, у 10 — С3–С4, у 11 — С5–С6 ХВН (СЕАР). Застосування ТЛТ у пацієнтів з ТГВ таза і нижніх кінцівок і легеневої емболії призвело до швидкого регресу або повного усунення основних клінічних ознак венозного тромбозу і ТЕЛА, тоді як при лікуванні антикоагулянтами у 40 (30,8 %) пацієнтів зберігалися виражені клінічні прояви ХВН (С5–С6 по СЕАР). У 36 (81,8 %) з 44 пацієнтів, які отримали ККТ, спостерігався повний і у 8 (18,2 %) — частковий лізис тромбів. У групі СТЛТ повне відновлення прохідності глибоких вен відзначено у 16 (35,6 %) і часткове — у 29 (64,4 %) пацієнтів. Відновлення кровотоку по великим притокам клубових і стегнових вен сприяло швидкому поліпшенню венозної гемодинаміки та усуненню клінічних симптомів ТГВ. У процесі проведення ТЛТ клінічно значущі геморагічні ускладнення не відзначені, а виниклі підшкірні гематоми поступово зникали без лікування.

За результатами віддаленого періоду методи ТЛТ значно перевершують консервативну терапію за допомогою антикоагулянтів. Майже 85 % пацієнтів, пролікованих ТЛТ, мали у віддаленому періоді ПТБ з легкої та середньої ступенем ХВН. На противагу цьому у всіх па-

цієнтів, які отримали курс АКТ, відзначений ПТХ, причому більш виражені прояви ХВН спостерігалися у тих, хто був пролікований НФГ, а не НМГ.

Таким чином, застосування антикоагулянтної і тромболітичної терапій дає можливість зменшити ймовірність розвитку ПТХ і зменшити ступінь тяжкості хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок у віддаленому періоді.

Висновки

Застосування тромболітичної терапії у пацієнтів з ТГВ таза і нижніх кінцівок призвело до швидкого регресу або повного усунення основних клінічних ознак венозного тромбозу.

За результатами віддаленого періоду проведена ТЛТ значно краще консервативної терапії за допомогою антикоагулянтів. Так, тільки 14 (15,7 %) пацієнтів, після ТЛТ, мали у віддаленому періоді виражені ознаки ПТХ, тоді як при лікуванні антикоагулянтами у 40 (30,8 %) пацієнтів зберігалися клінічні прояви важких форм ХВН.

За нашими спостереженнями, регіонарне введення тромболітиків більш повно і швидке, у порівнянні з системною тромболітичною терапією, і дозволяє відновити кровотік в глибоких венах таза і нижніх кінцівок. Так, у 36 (81,8 %) з 44 пацієнтів, які отримали ККТ, спостерігався повний і у 8 (18,2 %) — частковий лізис тромбів. У групі СТЛТ повне відновлення прохідності глибоких вен відзначено у 16 (35,6 %) і часткове — у 29 (64,4 %) пацієнтів.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Бойко ВН, Болдіжар ПІ, Венгер ІК, Герасименко СІ, Губка ВО, Гудз ІМ., та ін. Українські міждисциплінарні клінічні рекомендації по профілактиці, діагностиці та лікуванню венозних тромбоемболічних ускладнень. Клінічна флебологія. 2017;10(1):42-104.
2. Чернуха, Л. М. Пациенты с высоким риском развития венозных трофических язв после эпизода ТГВ... Некоторые аспекты патогенеза, возможно ли прогнозировать возникновение трофических нарушений? / Л. М. Чернуха, А. А. Гуч, Е. П. Тумасова // Науковий вісник Ужгородського університету : серія: Медицина. — Ужгород : ПП «Ліра», 2020. — Вип. 1 (61) : «Сухаревські читання»: матеріали конгресу Асоціації судинних хірургів, флебологів та ангіологів України. 26-27 берез. 2020р., Ужгород. — С. 114–129.
3. Siddiqui, Nadeem Ahmad, et al. «Predictors of poor quality of life after primary lower limb deep venous thrombosis: A perspective from a developing nation.» *Annals of vascular diseases* 13.1 (2020): 63-68.
4. Zhang, Zhe, et al. «Incidence and risk factors for post-thrombotic syndrome in patients with deep vein thrombosis following total knee and hip arthroplasty.» *The Journal of arthroplasty* 34.3 (2019): 560-563.
5. Prasol V.O., Oklei D.V. and Taraban I.A. «Analysis of efficiency of different methods of treatment of patients with acute thrombosis in the inferior vena cava.» *Kharkiv Surgical School* 5-6 (2020): 26-30.
6. Kakkos, Stavros K., et al. «Editor's Choice—European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 clinical practice guidelines on the management of venous thrombosis.» *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 61.1 (2021): 9-82.
7. Kearon, Clive, et al. «Pharmacomechanical Catheter-Directed Thrombolysis in Acute Femoral–Popliteal Deep Vein Thrombosis: Analysis from a Stratified Randomized Trial.» *Thrombosis and haemostasis* 119.04 (2019): 633-644.



REFERENCES

1. Boiko VN, Boldizhar PI, Venher IK, Herasymenko SI, Hubka VO, Hudz IM., et al. Ukrainski mizhdystsypinarni klinichni rekomendatsii po profilaktytsi, diahnostytsi ta likuvanniu venoznykh tromboembolichnykh uskladnen. Klinichna flebologhiia. 2017;10(1):42-104.
2. Chernukha, L. M. Patsyenty s vysokym ryskom razvytiia venoznykh trofycheskykh yazv posle epyzoda THV... Nekotorye aspekty patoheneza, vozmozhno ly prohnozyrovat voznyknovenye trofycheskykh narushenyi? / L. M. Chernukha, A. A. Huch, E. P. Tumasova // Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu : serii: Medytsyna. — Uzhhorod : PP «Lira», 2020. — Vyp. 1 (61) : «Sukharevski chytannia»: materialy konhresu Asotsiatsii sudynnykh khirurhiv, flebologiv ta anhiologiv Ukrainy. 26-27 berez. 2020r., Uzhhorod. — С. 114–129.
3. Siddiqui, Nadeem Ahmad, et al. «Predictors of poor quality of life after primary lower limb deep venous thrombosis: A perspective from a developing nation.» Annals of vascular diseases 13.1 (2020): 63-68.
4. Zhang, Zhe, et al. «Incidence and risk factors for post-thrombotic syndrome in patients with deep vein thrombosis following total knee and hip arthroplasty.» The Journal of arthroplasty 34.3 (2019): 560-563.
5. Prasol V.O., Oklei D.V. and Taraban I.A. «Analysis of efficiency of different methods of treatment of patients with acute thrombosis in the inferior vena cava.» Kharkiv Surgical School 5-6 (2020): 26-30.
6. Kakkos, Stavros K., et al. «Editor's Choice—European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 clinical practice guidelines on the management of venous thrombosis.» European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 61.1 (2021): 9-82.
7. Kearon, Clive, et al. «Pharmacomechanical Catheter-Directed Thrombolysis in Acute Femoral–Popliteal Deep Vein Thrombosis: Analysis from a Stratified Randomized Trial.» Thrombosis and haemostasis 119.04 (2019): 633-644.

CLINICAL EFFECTIVENESS
OF SURGICAL TREATMENT
OF PATIENTS WITH ACUTE
THROMBOSIS OF LOWER
LIMBS

*D. V. Oklei, I. A. Taraban,
V. O. Prasol*

Summary. Examination and treatment of 274 patients with acute deep vein thrombosis of the lower limbs (DVT) was carried out. Thrombolytic therapy (TLT) as a basic method of treatment was used in 98 (35.8 %) patients. Of these, 44 (16.1 %) underwent catheter-guided thrombolysis and 54 (19.7 %) patients underwent systemic thrombolytic therapy. Anticoagulant therapy (ACT) was the basic method of treatment in 176 (64.2 %) patients. In the distant period, the positive results of TLT significantly exceeded the results of ACT. Thus, only 14 (15.7 %) patients after TLT had pronounced signs of postthrombotic disease in the remote period, while during treatment with anticoagulants 40 (30.8 %) patients had clinical manifestations of severe forms of CVI.

Key words: *acute thrombosis in the inferior vena cava, anticoagulant therapy, thrombolytic therapy.*