

# ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*<sup>1</sup>Хрыщанович В.Я., <sup>1</sup>Небылицин Ю.С., <sup>2</sup>Климчук И.П.,  
<sup>1</sup>Роговой Н.А., <sup>2</sup>Шиленок С.А., <sup>2</sup>Авдиевич А.Д., <sup>2</sup>Короткин А.М.  
<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
<sup>2</sup>УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»,  
г. Минск Республика Беларусь*

**Введение.** Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остаются важнейшими клиническими проблемами. Наиболее эмболоопасной зоной является система нижней полой вены, на долю которой приходится свыше 90% ТЭЛА. Одним из дискуссионных вопросов во флебологии остается выбор тактики лечения пациентов с ТГВ. Существуют сторонники как оперативных, так и консервативных методов лечения, но выработка оптимальной тактики ведения пациентов с флотирующими ТГВ остается актуальным вопросом. Необходимо признать, что в настоящее время отсутствует универсальный метод, который позволял бы надежно и с минимальными отдаленными последствиями защитить пациента от венозного тромбоэмболизма. Отсутствие единого подхода в решении вопроса тактики лечения пациентов с эмбологенными тромбозами в системе нижней полой вены обусловило проведение данного исследования.

**Цель исследования:** сравнение различных методов лечения пациентов с флотирующими тромбозами глубоких вен нижних конечностей.

**Материалы и методы.** В исследование включено 86 пациентов с флотирующими ТГВ (мужчин – 58 (67,5%), женщин – 28 (32,5%)). Возраст варьировал от 24 до 89 лет и составлял  $55,2 \pm 12,8$  года ( $M \pm \sigma$ ). Левосторонняя локализация патологического процесса наблюдалась у 66 (76,7%), правосторонняя – у 22 (33,3%) пациентов. Илиофemorальный тромбоз выявлен у 16 (18,6%) пациентов, тромбоз бедренной вены – у 63 (73,3%), подколенной вены – у 7 (8,1%).

Применялись клинические, лабораторные и инструментальные (ультразвуковое дуплексное ангиосканирование) методы исследования.

В зависимости от лечения все пациенты были разделены на три группы. В первой группе ( $n=25$ ) пациентам с флотирующим тромбозом проводилось консервативное лечение. Показаниями для консервативного лечения являлся куполообразный флотирующий тромб: широкое основание свободной проксимальной части, малые линейные размеры, отсутствие колебательных движений верхушки, тромбы высокой плотности.

Показаниями для оперативного лечения являлись: эмбологенный флотирующий тромб (булавовидный), свободно находящийся в кровотоке; диаметр основания тромба менее длины флотирующей части тромба (узкое основание); диаметр флотирующей части тромба в два раза меньше диаметра вены; «рыхлые» неорганизованные тромботические массы (низкой плотности).

Во второй группе ( $n=20$ ) пациентам с эмбологенным флотирующим тромбозом производилась перевязка магистральной вены. Данное оперативное лечение применяли преимущественно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

В третьей группе ( $n=41$ ) пациентам применялась открытая паллиативная тромбэктомия из магистральной вены. На первом этапе создавали временный проксимальный блок магистральной вены для предотвращения интраоперационной ТЭЛА. С этой целью магистральная вена бралась на держалки проксимальнее границы тромба. Тромбэктомия включала удаление флотирующей части тромба и временную пликацию магистральной вены с целью профилактики ТЭЛА в послеоперационном периоде. Пликация магистральной вены выполнялась кетгутом или ПГА 4/0 и производилась тотчас под ме-

стом слияния с крупной веной (глубокая вена бедра, внутренняя подвздошная вена). В результате проводимой пликация вена разделялась на несколько каналов. Таким образом, с одной стороны предотвращалась угроза развития ТЭЛА, и с другой – сохранялся магистральный кровоток. Оперативное вмешательство проводилось под спинальной анестезией.

В пред- и послеоперационном периодах пациентам проводилось консервативное лечение. Основу его составляла антикоагулянтная терапия.

В раннем послеоперационном периоде (первые 6 суток) эффективность оперативного вмешательства оценивалась путем проведения клинического осмотра (стойкий отек, болевой синдром, осложнения) и ультразвукового дуплексного ангиосканирования (оценивались проходимость венозного русла и сохранность клапанного аппарата). В отдаленном послеоперационном периоде (6 мес., 9 мес., 12 мес.) проводили клиническую оценку результатов хирургического лечения.

**Результаты и обсуждение.** В раннем послеоперационном периоде у пациентов в группах 2 и 3 прогрессирование тромбоза выше лигатуры не наблюдалось ни в одном случае. У пациентов после проведения тромбэктомии симптомы венозного стаза регрессировали с небольшими остаточными явлениями (пастозность нижних конечностей) в течение 10-14 суток. В группах 1 и 2 наблюдались стойкий отек нижней конечности, усиливающийся после физической нагрузки, а также боли ноющего характера в икроножных мышцах. У пациентов группы 3 стойкого отека нижней конечности и как следствие болевого синдрома не отмечалось ни в одном случае, а беспокоили лишь боли в области послеоперационной раны. Эпизодов ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде у пациентов исследуемых групп не наблюдалось.

После выписки из стационара всем пациентам был рекомендован дальнейший прием антикоагулянтов непрямого действия сроком до 8 месяцев под контролем процента протромбинового комплекса и МНО, антиагрегантов, флеботоников II поколения и высокая эластическая компрессия нижних конечностей.

В отдаленном периоде (6 мес., 9 мес., 12 мес.) в группе 1 у 2-х пациентов (8%) развился ретромбоз и как следствие ТЭЛА периферических ветвей. Стойкий отек нижней конечности выявлялся у

6 (24%) пациентов случаях, трофические нарушения кожи голени – у 2-х (8%) пациентов.

В группе 2 у пациентов в 1-м случае (5%) развился тромбоз на контрлатеральной нижней конечности. Стойкий отек нижней конечности выявлялся в 4 (20%) случаях, трофические нарушения кожи голени – у 2-х (10%) пациентов.

В группе 3 ретромбозов, ТЭЛА, трофических нарушений кожи не было выявлено ни в одном случае, а стойкий отек отмечался лишь у 2-х (5%) пациентов.

В отдаленном периоде (12 мес.) при ультразвуковом сканировании вены в группе 1 реканализация более 50% выявлялась у 43% пациентов, в группе 2 реканализация более 50% выявлялась у 24% пациентов, в группе 3 – у 55% пациентов. Это свидетельствовало о том, что выполнение тромбэктомии в сравнении с другими методами лечения в большинстве случаев приводило к восстановлению просвета магистральной вены и к нормализации кровотока в данном отделе венозной системы

Осложнения после проведения открытой тромбэктомии наблюдались в шести случаях: кровотечение (1 случай – 1,2%), лимфорея (7 случаев – 11,5%), нагноение послеоперационной раны (1 случай – 1,2%). Наличие гематомы потребовало проведения оперативного вмешательства – вскрытие гематомы. Летальных исходов не было.

### ***Выводы:***

1. Наиболее эффективным методом предотвращения ТЭЛА и хронической венозной недостаточности нижних конечностей при сегментарных эмболоопасных тромбозах является тромбэктомия.

2. Тромбэктомия и перевязка магистральных вен позволяет ликвидировать эмболоопасный флолирующий характер тромбоза и предупредить развитие ТЭЛА.

3. Выбор метода лечения флолирующего тромбоза должен определяться локализацией и распространением патологического процесса, размером флолирующей части тромба, временем начала заболевания и выраженностью сопутствующей патологии.