

*Выводы.* Эндovasкулярное лечение ХМИ при атеросклерозе верхней брыжеечной артерии и чревного ствола является малоинвазивным, безопасным, эффективным методом.

**ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБОЗАМИ  
ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ  
НЕБЫЛИЦИН Ю.С.<sup>1</sup>, ХРЫЩАНОВИЧ В.Я.<sup>1</sup>, РОГОВОЙ Н.А.<sup>1</sup>,  
КЛИМЧУК И.П.<sup>2</sup>, НЕЛИПОВИЧ Е.В.<sup>2</sup>**

1 - УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

2 - УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»,  
г. Минск, Республика Беларусь

*Цель.* Сравнение различных методов лечения (консервативного лечения, перевязки и открытой тромбэктомии из магистральных вен) пациентов с флотирующими тромбозами глубоких вен нижних конечностей.

*Материал и методы.* В основу работы положены результаты анализа лечения пациентов с флотирующим тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей, проходивших лечение в Минском городском сосудистом центре на базе отделения сосудистой хирургии УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска. Всего наблюдалось 68 пациентов с флотирующими ТГВ (мужчин – 45, женщин – 23. Возраст варьировал от 24 до 89 лет и составлял  $55,2 \pm 12,8$  года ( $M \pm \sigma$ ). Илиофemorальный тромбоз выявлен у 13 пациентов, тромбоз бедренной вены – у 55.

В зависимости от лечения все пациенты были разделены на три группы. В первой группе пациентам с флотирующим тромбозом проводилось консервативное лечение. Показаниями для оперативного лечения являлись: эмбологенный флотирующий тромб (булавовидный), свободно находящийся в кровотоке с длиной более 5 см; 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). Протяженность свободной проксимальной части тромба 5 см являлось условной и показанием для оперативного лечения учитывали все вышеперечисленные признаки. Во второй группе пациентам с эмбологенным флотирующим тромбозом производилась перевязка магистральной вены. Данное оперативное лечение применяли преимущественно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. В третьей группе пациентам применялась открытая паллиативная тромбэктомия из магистральной вены. 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.

Статистический анализ цифрового материала проводили с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica – 10.0

*Результаты.* 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. В отдаленном периоде (6 мес., 9 мес., 12 мес.) в группе 1 у 2-х пациентов развился ретромбоз. Стойкий отек нижней конечности выявлялся у 6 пациентов случаях, трофические нарушения кожи голени у – 2-х пациентов.

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

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

В отдаленном периоде (12 мес.) при ультразвуковом сканировании вены в группе 1 реканализация более 50% выявлялась у 10 пациентов, в группе 2 реканализация более 50% выявлялась у 10 пациентов, в группе 3 – у 4 пациентов, в группе 3 – у 10 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/

*Обсуждение.* Тактическая программа лечения ТГВ в настоящее время направлена на восстановление кровотока по магистральным венам, предупреждение развития ТЭЛА и посттромботического синдрома (ПТС). Для осуществления данной программы могут применяться консервативные и оперативные методы лечения. Каждый из своих методов имеет свои показания и противопоказания.

Показанием для выполнения паллиативной тромбэктомии является наличие эмбологенного флотирующего тромбоза магистральных вен. Она может выполняться, когда источник возможной тромбоземболии находится в икроножной, подколенной, бедренной (поверхностной или общей), подвздошной (наружной, внутренней, общей) венах. В тактическом плане ранняя тромбэктомия является эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения эмбологенного ТГВ. Удаление тромботических масс приводит к восстановлению магистрального кровотока, предупреждает прогрессирование заболевания, предупреждает развитие ТЭЛА и уменьшает риск развития ПТС. Дополнением к проведению открытой тромбэктомии является перевязка или парциальная окклюзия магистральной вены. Перевязка должна производиться тотчас под местом слияния с крупной веной (глубокая вена бедра, внутренняя подвздошная вена). По нашему мнению, оптимальным методом завершения оперативного вмешательства является пликация магистральной вены. При данном подходе магистральный кровоток полностью не перекрывается и отсутствует угроза развития ТЭЛА. Данное утверждение подтверждалось в проведенном нами исследовании, когда у всех пациентов, которым проводилась открытая тромбэктомия и пликация магистральной вены, были отмечены наилучшие клинические результаты в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, открытая тромбэктомия является операцией выбора при эмбологенном флотирующем тромбозе в системе нижней полой вены, которая позволяет оптимизировать тактику ведения пациентов с данной патологией, предупредить распространение патологического процесса в проксимальном направлении, устранить опасность развития ТЭЛА, восстановить проходимость окклюзированного участка и как следствие уменьшить клинические проявления в раннем и отдаленном послеоперационных периодах.

*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 флотирующий характер тромбоза и предупредить развитие ТЭЛА.

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