

АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРОМБОЗАХ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПОДВЗДОШНЫХ ВЕН

Осмонов Т.А., Алексеев Д.Н.

Кыргызско-Российский Славянский университет, кафедра Общей и факультетской хирургии, г. Бишкек

При острых тромбозах магистральных вен системы нижней полой вены выполняются как радикальные, так и паллиативные операции. Радикальной операцией является проведение прямой и не прямой тромбэктомии, паллиативной же считается – профилактика ТЭЛА различными хирургическими и рентгеноэндоваскулярными методами.

За последние 4 года под нашим наблюдением находилось более 600 больных с тромбозами крупных магистральных вен.

У с эмбологенными тромбозами с целью профилактики ТЭЛА нами произведена имплантация противоэмболического фильтра у 81 больного. Остальным больным произведена открытая пликация общей подвздошной или нижней полой вены.

Накопленный за последние годы опыт позволил нам отдавать предпочтение более активной тактике. Так, при распространении эмбологенного тромбоза на НПВ, производили пликацию инфраренального отдела НПВ, причем предпочтение отдавали предварительной открытой тромбэктомии из НПВ до ее бифуркации. При распространении эмбологенного тромба в супраренальный отдел НПВ предварительно производили отжатие и низведение головки тромба в инфраренальный отдел, с последующим удержанием его на турникете. Затем производили открытую тромбэктомию из НПВ с удалением всей флотирующей части тромба с последующей пликацией устьев одной из подвздошных вен.

Конечно же, такая активная тактика оперативного вмешательства создает более лучшие условия для сохранения венозного оттока, последующей реканализации и уменьшает вероятность развития хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Всем больным с клиникой тромбоза крупных магистральных вен производили ультразвуковое дуплексное сканирование вен (УЗДС). Затем, для определения уровня и формы проксимального отдела тромба, а также определения размеров и анатомических особенностей нижней полой вены производили ретроградную илиокаваграфию (РИКГ).

Только после проведения РИКГ решали вопрос о дальнейшей тактике ведения больного. При окклюзионном тромбозе, не зависимо от его уровня, в последующем проводили консервативную терапию. При выявлении эмбологенного характера тромба принимается решение о проведении профилактики возможной тромбоземболии легочной артерии, предпочтение на сегодняшний день отдается методам рентгеноэндоваскулярной имплантации противоэмболических фильтров различных моделей.

К сожалению, опыт показывает, что имплантация противоэмболических фильтров на уровне 2-3 поясничных позвонков, у части больных при эмболии в фильтр приводит к последующей их окклюзии, и как следствие развитию синдрома нижней полой вены с тяжелой хронической венозной недостаточностью.

В случаях ограничения тромбоза на уровне одной из подвздошных вен, в том числе и левой, при отсутствии венозного тромбоза в контралатеральной конечности наилучшим местом имплантации фильтра мы считаем устье общей подвздошной вены на стороне тромбоза.

Предложенная тактика имплантации противоэмболического фильтра в более низкую позицию более сложна. Но следует отметить, что при таком варианте имплантации, в отдаленном периоде создаются более лучшие условия для формирования коллатерального венозного оттока и последующей реканализации тромба.

За последнее время нами освоена и внедрена в клиническую практику методика рентгеноэндоваскулярной тромбэктомии с использованием тромбэкстрактора «Трэкс» фирмы «КОМЕД» с последующей имплантацией противоэмболического фильтра в более низкую позицию. Всего нами имплантировано 223 противоэмболических-фильтра. Причем за последние 4 года имплантирован 81 фильтр.

Внедрение новой методики рентгеноэндоваскулярной тромбэктомии из НПВ и имплантация фильтра в более низкую позицию позволяет улучшить как ближайшие так и отдаленные результаты операции, избежать развития синдрома нижней полой вены и хронической венозной недостаточности нижних конечностей, и тем самым повысить качество жизни больных.