

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ НИЖЕ ПАХОВОЙ СКЛАДКИ

В.В. Владимирский, Ал.Ан. Фокин\*

*Областная клиническая больница, Челябинск*

*\* Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, Челябинск*

*Представлены результаты хирургической профилактики тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) у 93 пациентов с венозным тромбозом ниже паховой складки: у 39 имелся глубокий флеботромбоз; у 54 – восходящий варикотромбофлебит. Показана высокая информативность ультразвукового ангиосканирования у этой категории больных. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты позволяют авторам предложить активную хирургическую тактику для предупреждения ТЭЛА при инфраингвинальной локализации тромботического процесса. Подчеркивается целесообразность динамического ультразвукового исследования при окклюзивных формах глубокого флеботромбоза.*

Тромбоэмболия легочных артерий, наиболее частое сердечно-сосудистое заболевание после острого инфаркта миокарда и мозгового инсульта [5], занимает третье место среди всех причин внезапной смерти [3]. Риск осложнения при инфраингвинальном расположении тромбоза достаточно велик. Так, при локализации в подколенно-бедренном сегменте он является причиной эмболии, в том числе массивной, в 23–35% случаев [2, 3]. Частота осложнения при поверхностном тромбофлебите составляет 2–13% [6]. Вместе с тем ряд вопросов, связанных с диагностикой и хирургической тактикой у данной категории больных, требует уточнения.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

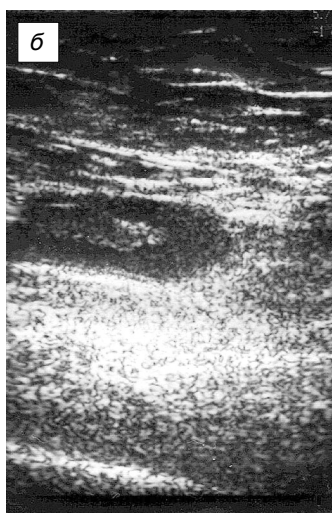
Поскольку имеются некоторые, довольно существенные, на наш взгляд, различия в тактике хирурга при глубоком флеботромбозе и варикотромбофлебите, мы выделили эти заболевания в две отдельные группы. В работу не вошли пациенты, исходно имевшие ТЭЛА. Всем больным при поступлении выполнено электронное сканирование в В-режиме (линейный датчик 3,5–10,0 МГц) с использованием цветного энергетического доплера и импульсной доплерографии поверхностных и глубоких вен на стороне поражения с обязательным исследованием глубоких и поверхностных вен контралатеральной нижней конечности (аппарат Vivid Five фирмы Vingmed Technology). Данную методику применяли для динамического ультразвукового ангиосканирования при окклюзивном глубоком флеботромбозе, а так же для контроля за состоянием магистральных вен в

ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Первая группа (глубокий флеботромбоз): с декабря 2002 по октябрь 2005 г. в отделении хирургии сосудов находилось 39 пациентов в возрасте от 21 до 84 (в среднем 49,9 года) лет с эмбологенным венозным тромбозом ниже паховой складки, подтвержденным посредством ультразвукового ангиосканирования. Женщин было 15, мужчин 24. У них выявлены следующие факторы риска: ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, сердечно-легочная недостаточность, аденома гипофиза, рак легкого; желчного; мочевого пузыря, миома тела матки, беременность, сахарный диабет, ожирение, иммобилизация, синдром Лериша, переломы костей таза и нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

С учетом данных ультразвукового ангиосканирования мы выделили 2 варианта флеботромбоза. Вариант I: у 22 больных имелся флотирующий тромб в общей бедренной вене (рис. 1, а); у одного из них выявлена двухсторонняя локализация процесса. Вариант II: у 17 пациентов имелся флотирующий тромб в поверхностной бедренной (рис. 1, б) и подколенной венах. При этом в двух случаях исходно имелся окклюзивный тромбоз – при динамическом ультразвуковом ангиосканировании на 3,5 день от момента поступления отмечена его трансформация в эмбологенный.

При первом варианте 18 пациентам выполнена тромбэктомия из общей бедренной вены, пересечение и перевязка поверхностной ниже устья глубокой вены бедра. Четирем с тяже-



**Рис. 1.** Эмбологенный тромбоз: а – общей бедренной вены; б – поверхностной бедренной вены.



**Рис. 2.** Распространение флотирующего тромба из большой подкожной в общей бедренную вену.



**Рис. 3.** Флотирующий тромб в области сафено-фemorального соустья.

лой сопутствующей патологией (маргинальный сердечно-легочный резерв, декомпенсация сахарного диабета, политравма, двухсторонний флеботромбоз) имплантирован кава-фильтр (КФ). При варианте II всем 17 пациентам произведено пересечение и лигирование поверхностной ниже устья глубокой вены бедра.

Большинству пациентов операцию выполняли под проводниковой анестезией; в отдельных случаях использовали масочный ларингеальный или интубационный наркоз. Всем больным после операции или имплантации КФ назначали простой или низкомолекулярный гепарин с последующим переводом на варфарин сроком на 3–6 мес., за исключением пациента с политравмой.

II группа: с декабря 2002 по октябрь 2005 г. в отделение поступили 54 пациента с клиникой восходящего варикотромбофлебита в возрасте от 30 до 65 (в среднем 41,3 года) лет. Мужчин было 19, женщин 35. В 52 случаях процесс затрагивал большую; в двух – малую подкожную вену. В 12 случаях проксимальная граница тромбоза оказалась значительно выше клинически определяемой; в 3 из них тромб распространился на магистральную вену.

Кроме варикозной болезни, пациенты имели следующие факторы риска: операция по поводу рака головки поджелудочной железы; гениталий, посттромбофлебитический синдром, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, нарушения сердечного ритма, ожирение, беременность и др.

Исходя из данных ультразвукового ангиосканирования мы выделили три варианта восходящего варикотромбофлебита. Вариант I: у двух пациентов процесс распространялся через сафено-фemorальное (рис. 2) и у одного – через сафено-поплитеальное соустье, ограничиваясь, соответственно, пределами общей бедренной и подколенной вен. Вариант II: в 22 случаях процесс локализовался в области сафено-фemorального соустья, не выходя за его пределы, при этом в 9 из них отмечена флотация тромба (рис. 3). Вариант III: у 29 пациентов верхняя граница тромба была ниже сафено-фemorального соустья. Флотация тромба отмечена у 12. Всем пациентам выполнена операция в экстренном порядке.

Первый вариант потребовал тромбэктомии из общей бедренной и подколенной вен, кроссэктомии, при этом использовали расширенный доступ к бедренной вене; вариант II – кроссэктомии с максимально осторожными манипуляциями в области устья (предупреждение фрагментации и миграции тромба); вариант III – кроссэктомии. При двух последних вариантах применяли доступ по линии паховой складки или по Червякову. В 15 случаях выполнен чрескожный флебоцентез с выдавливанием тромбов [4].

При распространении тромбоза на магистральную вену применяли проводниковую; в остальных случаях – местную анестезию с потенцированием. Радикальную флебэктомию при остром воспалении не выполняли.

Проводилось медикаментозное и местное лечение. Гепарин, в том числе низкомолекулярный, назначен в трех случаях после тромбэктомии из магистральных вен с последующим переводом больных на варфарин. Еще трем пациентам с серьезными факторами риска после вмешательства был назначен низкомолекулярный гепарин на срок от 7 до 14 дней.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

I группа: все пациенты выписаны без признаков ТЭЛА; 24 после открытого прямого вмешательства выполнено контрольное УЗ ангиосканирование – рецидива флеботромбоза не выявлено. Умеренное нарастание венозного отека на стороне операции отмечено в 2 (5,1%) случаях. Один пациент (2,6%) оперирован по поводу гематомы на фоне гипокоагуляции; 2 случая лимфорреи (5,1%) купированы консервативными мероприятиями. После выписки в срок от 2 до 18 (в среднем 10) мес. прослежен 21 человек, в том числе двое после имплантации КФ. Признаков ТЭЛА не было, стойкий отек и гиперпигментация кожи отмечены в 2 (9,5%) случаях. УЗ исследование выполнено 12 пациентам после прямого хирургического вмешательства – глубокая и общая бедренные вены проходимы; двум – после имплантации КФ – нижняя полая вена проходима, нарастания флеботромбоза не отмечено. Умерли двое пациентов от причин, не связанных с венозной тромбоземболией.

II группа: случаев ТЭЛА при выписке из стационара не было. Контрольное ультразвуковое сканирование проведено шести пациентам, в том числе после тромбэктомии из магистральной вены, а также при тяжелой сопутствующей патологии – флеботромбоза или его

рецидива не отмечено. Клинически симптомы рецидива варикотромбофлебита имелись у двух больных (3,7%) – купированы консервативными мероприятиями. 20 человек прослежены в срок от 2 до 6 (в среднем 3,4) мес.; признаков ТЭЛА не было; у семи наступила самооблитерация вены, 13 выполнена плановая флебэктомия.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Мы считаем, что при инфраренальной локализации венозного тромбоза ультразвуковое ангиосканирование позволяет с высокой степенью точности выявить распространенность и характер процесса (эмбологенность) и избежать ангиографии, что имеет не только медицинскую, но и экономическую выгоду.

Мы придерживаемся активной хирургической тактики при эмболоопасном глубоком венозном тромбозе ниже паховой складки, а при восходящем варикотромбофлебите – независимо от его характера. Главной задачей при этом считаем профилактику ТЭЛА. По нашему мнению, выполнение тотальной тромбэктомии из глубоких вен или радикальной флебэктомии в этих случаях неоправданно. Первая часто ведет к рецидиву тромбоза [3]; вторая, на фоне выраженного острого воспаления – достаточно травматична и приводит к неудовлетворительным косметическим результатам [1, 4].

При глубоком эмбологенном флеботромбозе более рационально, на наш взгляд, выполнение частичной проксимальной тромбэктомии с освобождением крупного венозного притока с последующим пересечением и ушиванием магистральной вены. Тем не менее при тяжелой сопутствующей патологии или противопоказаниях к антикоагулянтным (АК) препаратам более оправдана имплантация КФ. Пациентам с окклюзивным флеботромбозом необходимо выполнение ультразвукового сканирования в динамике, так как возможно нарастание тромбоза даже на фоне АК терапии. Тем не менее оперативное вмешательство при окклюзивном флеботромбозе без эпизода ТЭЛА считаем целесообразным. Это связано с тем, что случаи трансформации его в эмбологенный, особенно на фоне АК терапии, встречаются редко, а перевязка магистральной вены в ряде случаев может привести к усилению венозной недостаточности.

Мы считаем, что при любом варианте восходящего варикотромбофлебита хирургическая профилактика ТЭЛА является первоочередной

задачей. Ее позволяет решить кроссэктомия, дополненная при необходимости тромбэктомией из глубоких вен. Такое расширение показаний связано с тем, что операция малотравматична и не приводит к нарастанию венозного отека. В большинстве случаев через 2–3 дня после вмешательства больной может быть выписан на амбулаторное лечение. Радикальную флебэктомию более целесообразно, на наш взгляд, выполнять после купирования острых воспалительных явлений, спустя несколько месяцев. После вмешательства на магистральных венах при отсутствии противопоказаний необходимо назначение гепарина (лучше низкомолекулярного) с последующим переводом на непрямые антикоагулянты.

### ВЫВОДЫ

1. При инфраингвинальной локализации венозного тромбоза ультразвуковое ангиосканирование является исчерпывающим методом диагностики.
2. При эмболоопасном глубоком флеботромбозе лигирование, при необходимости дополненное тромбэктомией, надежно предупреждает ТЭЛА и редко приводит к нарастанию венозного отека.
3. При окклюзивном глубоком флеботромбозе необходимо ультразвуковое ангиосканирование в динамике.

4. При любом варианте восходящего варикотромбофлебита операцией выбора является кроссэктомия, дополненная, при необходимости, тромбэктомией из венозной магистрали.
5. Тяжесть состояния, противопоказания к АК, перманентная угроза ТЭЛА являются показаниями к имплантации КФ при инфраингвинальном флеботромбозе.
6. АК препараты, если нет противопоказаний, назначаются после вмешательства на глубоких венах или имплантации КФ; после кроссэктомии – при наличии тяжелой сопутствующей патологии.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Макарова Н.П., Пешков А.В. // Труды V конференции ассоциации флебологов России. М., 2004. С. 78–79.
2. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Тромбоэмболия легочных артерий. М.: Медицина, 1979. 264 с.
3. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др. Флебология. М.: Медицина, 2001.
4. Швальб П.Г., Качинский А.Е., Калинин Р.Е. // Труды V конференции ассоциации флебологов России. М., 2004. С. 118–119.
5. Maurer G. // 9<sup>th</sup> European Congress of Radiology. Vienna, 1995. P. 215.
6. Perrin M., Gillet J.L. // Флеболимфология. 2003. № 20. С. 8–11.