

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

### SURGICAL PROPHYLAXIS OF PULMONARY EMBOLISM IN ASCENDING THROMBOPHLEBITIS OF THE GREAT SAPHENOUS VEIN

*Ботиралиев Азиз Шукуржонович – к.м.н., заведующий кафедрой общей хирургии медицинского университета Central Asian Medical University, Республика Узбекистан*

*E-mail: [azizhanshukur@gmail.com](mailto:azizhanshukur@gmail.com), телефон: +998908485211.  
<https://orcid.org/0000-0003-3839-0879>*

*Пирматов Шавкат Кузибаевич – заведующий торакососудистого отделения Ферганского областного многопрофильного медицинского Центра. E-mail: [Pirmatov SH@mail.com](mailto:Pirmatov SH@mail.com), телефон: +998889655010*

Ботиралиев А. Ш., Пирматов Ш. К. (2023). ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВОСХОДЯЩЕМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ. Actacam, 4(4), 28–34. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10430080>

**Аннотация.** *Проведен анализ результатов обследования и лечения 27 больных с восходящими тромбофлебитами большой подкожной вены (ВТБПВ), перенесших хирургическую профилактику ТЭЛА в отделении торакально-сосудистой хирургии ФОММЦ за истекшие 5 лет. Показания к оперативному вмешательству устанавливали после проведения ультразвуковой диагностики сосудов нижних конечностей. Всем пациентам выполнена операция Троянова-Тренделенбурга. Осложнения выявлены у 2 больных, летальных исходов в послеоперационный период не отмечено.*

**Ключевые слова:** *восходящий тромбофлебит большой подкожной вены (ВТБПВ), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), операция Троянова-Тренделенбурга, ультразвуковая доплерография (УЗДГ).*

**Abstract.** *An analysis of the results of the examination and treatment of 27 patients with ascending thrombophlebitis of the great saphenous vein (ATGSV) in the Department thoracic-vascular surgery of the Ferghana Regional Multidisciplinary Medical Center, who have undergone surgical prophylaxis of pulmonary embolism expired 5 years. Indication for surgical intervention was established after ultrasound examination of the vascular of the lower extremities. All patients underwent Troyanov-Trendelenburg operation. Complications were noted in 2 patients. Deaths in postoperative period was not noted.*

**Key words:** *ascending thrombophlebitis of the great saphenous vein (ATGSV), pulmonary embolism (PE), Troyanov-Trendelenburg operation (TTO), ultrasound dopplerography (USDG).*

**Ведение.** Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) по праву считается одной из тяжелейших и катастрофически протекающих острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся большим количеством осложнений и высокой летальностью. С ТЭЛА неизбежно сталкиваются представители хирургических специальностей, поскольку она может возникнуть в самых различных клинических ситуациях. Смертность от ТЭЛА в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2% [1]. ТЭЛА прочно удерживает 2—3-е место в структуре летальности в стационарах хирургического профиля [2].

ТЭЛА признана одной из наиболее распространенных причин смерти, которая занимает третье место после ишемической болезни сердца и инсульта в большинстве европейских стран и США (данные ВОЗ). Наиболее частыми источниками возникновения ТЭЛА являются вены нижних конечностей и таза (до 90% случаев). Одной из причин развития ТЭЛА может явиться восходящий тромбофлебит большой подкожной вены (ВТБПВ).

ВТБПВ – самая распространенная экстренная хирургическая патология сосудистой системы, по поводу которой пациенты обращаются в поликлиники и госпитализируются в стационар [3,4,5]. По некоторым данным ВТБПВ развивается в течение жизни у 20-40% населения [6].

Наиболее частым фактором риска развития тромбофлебита является варикозная болезнь нижних конечностей, встречающаяся у 68-95% больных [7]. В 60-80% случаев тромбофлебит развивается в бассейне большой подкожной вены (БПВ).

Длительное время тромбофлебит БПВ рассматривали как заболевание, имеющее доброкачественное течение и редко приводящее к осложнениям, а основную задачу видели в купировании симптоматики. В действительности это не так, поскольку серьезную угрозу жизни и здоровью пациента представляет не сам тромбофлебит, а связанное с ним распространение процесса из подкожных вен в глубокие.

Наибольшую опасность представляет восходящий тромбофлебит БПВ (40-60% случаев), именно с ним связывают, и обоснованно, возникновение угрозы

тромбоза глубоких вен и ТЭЛА. В реальной клинической практике ситуация усугубляется еще и тем, что распространение тромботического процесса из дистальных отделов конечности в проксимальные зачастую протекает бессимптомно, и нередко первым признаком перехода тромбоза в глубокую венозную систему служит именно манифестация легочной эмболии [8]. Летальность от ТЭЛА, источником которой явился ВТБПВ, по данным М.Ф. Муравьева [9] достигает 10%!

Несмотря на то, что проблема ВТБПВ вот уже более 100 лет привлекает к себе внимание хирургов, до настоящего времени так и не сформировано единого мнения относительно выбора тактики с целью предотвращения тромбоза глубоких вен и ТЭЛА [10]. Ряд авторов считают, что таких больных надо вести консервативно. Они допускают возможность операции только при угрозе распространения тромбоза непосредственно на сафено-фemorальное соустье [11]. Другие выбирают активную хирургическую тактику лечения ВТБПВ и отдают предпочтение оперативному вмешательству в объеме операции Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомии). Обсуждается и третий вариант лечения – радикальная флебэктомия [12]. Таким образом, нет единой тактики лечения ВТБПВ. Фактически, подход к тактике ведения этих больных и по сей день зависит от индивидуальных предпочтений или установок хирургических школ, что, по нашему мнению, не может способствовать решению проблемы.

**Цель.** Оценка результатов хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии у больных с ВТБПВ на примере одного отделения.

**Материал и методы.** Нами проведен анализ результатов хирургической профилактики ТЭЛА у 27 больных в возрасте от 19 до 86 лет с ВТБПВ, находившихся на стационарном лечении в отделении торакально-сосудистой хирургии Ферганского областного многопрофильного медицинского Центра за период с 2018 по 2022 год. Средний возраст больных составил 53,9 лет. Мужчин было 9 (33,3%), женщин – 18 (66,7%).

Дифференциальная диагностика при постановке диагноза проводилась между воспалительными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки:

лимфангоитом, рожистым воспалением, дерматитом, эритемой; нейромиозитом и др.

Среди инструментальных методов исследования применяли ультразвуковую доплерографию и дуплексное ангиосканирование с цветным картированием кровотока, что дает возможность определить наличие, локализацию, протяженность и структуру тромба в просвете вены, а также судить об эмбологенных его свойствах.

Показанием к urgentной операции явилось восхождение тромбофлебита БПВ до уровня коленного сустава и выше. Все больные были подвергнуты оперативному вмешательству, направленному на предотвращение перехода тромба в глубокие вены через сафено-фemorальное соустье и развитие ТЭЛА. Для этого под местной анестезией косо-вертикальным доступом по Червякову выполняли операцию Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомия) с перевязкой всех приустьевых притоков.

У 2 (7,4%) пациентов при интраоперационной ревизии верхушка тромба достигала остиального клапана. Этим больным производилась венотомия большой подкожной вены и на высоте пробы Вальсальвы удалялся тромб до получения отчетливого ретроградного кровотока из бедренной вены.

**Результаты и их обсуждение:** Анализируя результаты хирургического лечения следует отметить, что гиперемия, болезненность и уплотнение по ходу БПВ, проявляемые клинически, располагаются как правило дистальнее, чем те тромбофлебитические изменения в просвете вены, которые выявляются при ультразвуковой диагностике и интраоперационно. При этом состоятельный остиальный или претерминальный клапаны БПВ служат теми барьерными механизмами, которые зачастую предотвращают дальнейшее распространение тромботических масс на бедренно-подвздошный венозный сегмент.

После этапа хирургической профилактики ТЭЛА проводилось консервативное лечение ВТБПВ, заключавшееся в ранней активизации больных, в применении противовоспалительных, антиагрегантных, антикоагулянтных, флеботонических препаратов, в местном лечении компрессами

гепаринсодержащих и противовоспалительных препаратов, эластичной компрессии пораженной конечности и последующей выпиской на амбулаторное лечение в поликлинику.

Эластичная компрессия нижних конечностей является важным компонентом лечения ВТБПВ. Первоначально использовались эластичные бинты средней растяжимости. По мере стихания воспалительных процессов переходили на эластичный трикотаж 2-го класса.

Осложнения отмечены у 2 (7,4%) пациентов: гематома послеоперационной раны – у 1 (50%) и лимфорей – у 1 (50%) больного. Летальных исходов в послеоперационный период не отмечено.

**Выводы.** Таким образом, методом выбора для дифференциальной диагностики, а также с целью уточнения локализации тромботического процесса для определения хирургической тактики лечения является ультразвуковое цветное дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Показанием для оперативного вмешательства считаем наличие или восхождение тромботического процесса на БПВ до уровня коленного сустава и выше.

Проведенный анализ результатов хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с восходящим тромбофлебитом БПВ убедительно показывает надежность выбранной нами тактики лечения. Несмотря на это, требуется более углубленное изучение вопросов лечения данной патологии и профилактики ТЭЛА.

### Литература.

17. Савельев В.С. Флебология. М: Медицина 2001; 659.
18. Bratzler D.W., Raskob G.E., Murray C.K., Bumpus L.J., Piatt D.S. Underuse of venous thromboembolism prophylaxis for general surgery patients: physician practices in the community hospital setting. Arch Intern Med 1998; 158: 17: 1909—1912.

19. Альбицкий А.В. Диагностика и лечение острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей: Автореф. дис. канд. мед. наук. М 1993; 106-109.
20. Кириенко А.И., Макаров А.Н., Санченко Ю.В. Диагностика и хирургическое лечение восходящего тромбофлебита большой подкожной вены бедра. *Вопр сосуд хир* 1978; 96:108-111.
21. Decousus H., Leizorovocz A. Superficial thrombophlebitis of the legs: still a lot to learn. 2005; 3:6: 1149-1151.
22. Бураковский В.И. Руководство по сердечно-сосудистой хирургии. М: Медицина 1989; 698.
23. Mazuch J., Mistuna D., Golian D. Treatment of thrombophlebitis varicose of lower limbs. *J Asta Phlebol* 2001; 2:7-11.
24. Намашко М.В. Лечение острого тромбофлебита варикозно-расширенных подкожных вен нижних конечностей. *Хирургия* 1998; 8:34-35.
25. Муравьев М.Ф., Шинкарева Л.Ф., Городсков В.И., Муравьева Е.М. Острый поверхностный тромбофлебит нижних конечностей и его лечение в акушерской практике. *Акуш и гин* 1985; 10:17-19.
26. Di Nisio M.W.I. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database Syst Rev* 2008.
27. Lutter K.S. Rerr T.M. Superficial thrombophlebitis diagnosed by duplex scanning. *Surgery* 1991; 100:42-46.
28. Murgia A.P., Cisno C., Pansini G. S. et al. Surgical management of ascending saphenous thrombophlebitis. *Int Angiol* 1999; 18:4:343-347.