

## ЭМБОЛООПАСНОСТЬ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Р.Е. Калинин<sup>1</sup>, М.В. Нарижный<sup>1</sup>, И.А. Сучков<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

<sup>2</sup>Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г.Рязань

**В данной статье представлены результаты обследования и лечения более 500 больных с острым восходящем тромбозом вен. Выявлено, что тромбоз на фоне выраженной варикозной деформации вен (СЕАР С3-С6) имел место у 30% пациентов, ещё у 35% пациентов имелась незначительная деформация подкожных вен с несостоятельностью клапанного аппарата подтвержденной при УЗДС. Во время операции обнаружено, что верхний конец тромба локализовался в области соустья у 90 больных (17,8%) и продолжался в бедренную вену у 35 больных (6,9%). То есть 24,7% больных имели реальную опасность тромбоэмболии легочной артерии.**

**Ключевые слова:** восходящий тромбоз вен, поверхностные вены нижних конечностей, варикозная деформация вен, венозные тромбозы.

Проблема венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений на сегодняшний день встречается не только в общехирургических специальностях, но и в других отраслях медицины, поэтому является мультидисциплинарной проблемой [1,3]. Профилактике и лечению венозного тромбоза уделяется огромное значение. Острый тромбоз поверхностных вен нижних конечностей – одна из составляющих данной проблемы [4]. Тромбоз поверхностных вен нижних конечностей опасен не только переходом на глубокую венозную систему, но и случаи тромбоэмболии при восходящем характере процесса далеко не редкость [5,6].

Цель исследования: оценить эмболоопасность острого восходящего тромбоза поверхностных вен нижних конечностей.

Клиническая картина данного заболевания весьма типична (рис.1) и достаточно редко встречаются малосимптомные формы.



Рис. 1. Острый восходящий тромбоз в верхней трети V.s.m.

Однако сложность в диагностике заключается в том, что клиническая граница тромбоза в подкожных венах зачастую не соответствует истинным размерам тромба. Последние могут быть на 10 и более см больше определенных осмотром. Согласно данным Константиновой Г.Д. [2], скорость роста тромба может достигать 35 см в сутки, что обязывает применять в отношении данной категории пациентов активную хирургическую тактику.

#### Материалы и методы

В период с 2005 по 2010 г. в Рязанском областном центре сосудистой хирургии оперировано 504 пациента с ОБТ поверхностных вен. Все больные оперированы по срочным показаниям в сроки не более 6 часов после поступления. Тромбофлебит на фоне выраженной варикозной деформации вен (СЕАР С3-С6) имел место у 30% пациентов, ещё у 35% пациентов имелась незначительная деформация подкожных вен с несостоятельностью клапанного аппарата подтвержденной при УЗДС. Подавляющему числу больных перед операцией выполнялось УЗДС вен нижних конечностей. При подозрении в переходе тромба на глубокую венозную систему возможно проведение флебографического исследования (рис. 2).



Рис. 2. Ретроградная илиокавография. Тромб в верхней трети V.s.m.

#### Результаты и их обсуждение

Во время операции обнаружено, что верхний конец тромба локализовался в области соустья у 90 больных (17,8%) и продолжался в бедренную вену у 35 больных (6,9%). То есть 24,7% больных имели реальную опасность тромбоэмболии легочной артерии.

Таблица 1

#### Локализация тромба по данным УЗДС

Локализация тромба	Средняя треть бедра	Верхняя треть бедра	Сафено-бедренное соустье	Общая бедренная вена	Нижняя треть бедра	Голень система V.s.p.
Число случаев	163	157	90	35	44	15

Больные с острым восходящем тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей поступали в следующие сроки от начала заболевания: до 7 суток - 313 пациентов, после 7 суток - 191 пациентов.

Все больные с ОБТ были прооперированы в срочном порядке, были выполнены следующие операции:

- Резекция большой подкожной вены – 364.

- Резекция большой подкожной вены, тромбэктомия из сафено-бедренного соустья (СБС) – 125.
- Резекция малой подкожной вены – 15.

Необходимо отметить, что прогрессирование тромбофлебита у больных с варикозной болезнью происходило медленнее, но риск эмболии при этом не менялся. Результаты УЗДС полностью совпадали с клиническими данными. Поэтому считаем, что решение о необходимости операции может быть принято только на основе клинических данных.

Однако необходимо отметить, что у 15% пациентов с тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей при ангиосканировании были выявлены тромбозы суральных и/или берцовых вен. Поэтому считаем целесообразным назначение низкомолекулярных гепаринов до подтверждения тромбоза глубоких вен при УЗДС.

Основной метод лечения, направленный на профилактику тромбоэмболии легочной артерии - срочная резекция большой или малой подкожной вены у места впадения в глубокие вены с тромбэктомией при необходимости. Абсолютными показаниями к операции мы считаем: 1) тромбофлебит поверхностных вен бедра; 2) ОВТ выше уровня щели коленного сустава; 3) тромбофлебит малой подкожной вены.

Тромбофлебит вен голени лечится консервативно, однако необходимо динамическое наблюдение и при распространении процесса на бедро - оперативное лечение.

Операция проводится по стандартной методике. Под местной анестезией проводится резекция большой подкожной вены у сафенобедренного соустья, при необходимости выполняется тромбэктомия из соустья. Возможно также оперативное устранение тромбов из нижележащих отделов венозного русла - выполнение флебоцентеза.

Острый восходящий тромбофлебит сравнительно редко осложнился ТЭЛА (1,68%), однако, несмотря на малый риск, осложнение настолько тяжело и лечение дорогостояще, что простая – с минимальной стоимостью (отношение «цена-качество») операция – резекция большой подкожной вены, безусловно, оправдана. В послеоперационном периоде имели место два случая эмболии лёгочной артерии. В одном из этих случаев тромботический процесс распространился на глубокие вены, что делает необходимым проведение профилактической гепаринотерапии и противовоспалительного лечения у данной категории больных, так как стенка глубоких вен уже может быть вовлечена в воспалительный процесс, что может вести к образованию тромба в бедренной и подвздошной венах, даже при полном удалении флотирующего тромба из СБС. Во втором случае причиной эмболии послужил тромбоз глубоких вен другой нижней конечности, что свидетельствует о необходимости обследования состояния глубоких вен нижних конечностей у данной категории пациентов.

Нами не обнаружена связь между сроками начала заболевания и уровнем тромба в подкожной вене. У 63,9% из 191 пациентов поступивших через 7 и более суток от начала заболевания тромб локализовался в нижней или средней трети бедра. Однако, у 78,79% больных с ОВТ госпитализированных в срок менее 7 суток, тромб локализовался в верхней трети бедра или же сафено-бедренном соустье. Мы не получили данных о постоянном продолжающемся «росте» тромба в подкожных венах. Таким образом можно думать, что острый восходящий тромбофлебит является первично восходящим. Достигая определённого уровня в первые несколько суток своего развития в дальнейшем в большинстве случаев он останавливается в росте.

#### **Выводы**

1. ОВТ поверхностных вен является ургентным заболеванием, требующим динамического наблюдения и при необходимости оперативного лечения, только своевременная диагностика и срочное оперативное лечение позволяют снизить количество эмболий лёгочной артерии.
2. Риск эмболии легочной артерии при ОВТ составляет 24,7%.
3. Основной метод лечения, направленный на профилактику тромбоэмболии легочной артерии - срочная резекция V.S.M. или V.S.P. с тромбэктомией из глубоких вен при необходимости.
4. У 15% пациентов с ОВТ при УЗДС выявляется тромбоз суральных и/или берцовых вен, поэтому до проведения УЗДС целесообразно назначение низкомолекулярных

гепаринов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кириенко А.И., Матюшенко А.А., Андрияшкин В.В. «Острый тромбофлебит» ; Москва ; «Литтерра»; 2006 г.
2. Константинова Г.Д. Флебология. - М.: Медицина, 2001. – 239с.
3. Покровский А.В. Клиническая ангиология / А.В. Покровский. - М.: Медицина, 2004. - 1700 с.
4. Савельев В.С. Флебология. - М.: Медицина, 2001 – 659с.
5. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Тромбоэмболия лёгочной артерии. М.: Медицина, 1979 – 263с.
6. Clagett G.P. Prevention of postoperative venous thromboembolism: an update // Am. J. Surg. – 1994. - p168.

#### RISK OF PULMONARY EMBOLISM ASSOCIATED WITH SUPERFICIAL VEIN THROMBOPHLEBITIS

R.E. Kalinin, M.V. Narizhniy, I.A. Suchkov

**This article represents the evaluation of risk of pulmonary embolism associated with superficial vein thrombophlebitis based on observations in more than 500 patients. We found that acute thrombophlebitis was associated with varicose veins stage C3 to C6 of the CEAP classification in 30% cases and varicose veins with insignificant valve insufficiency verified by duplex ultrasound scan in 35% patients. During the surgical operations we found thrombosis extending to the saphenofemoral junction in 90 patients (17.8%) while in 35 patients the thrombi were found in femoral vein. Thus 24.7% of patients were at high risk of pulmonary thromboembolism.**

**Key words:** ascending thrombophlebitis, superficial veins of the lower limbs, varicose veins strain, venous thrombosis.

Калинин Роман Евгеньевич – д.м.н., доцент, проф. каф. ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии ГОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань E-mail: [Kalinin-re@yandex.ru](mailto:Kalinin-re@yandex.ru)  
Нарижный Михаил Вячеславович – врач сердечно-сосудистый хирург МУЗ ГКБ №1 г. Орехово-Зуево, Московская область; соискатель каф. ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии ГОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань  
Сучков Игорь Александрович – к.м.н. врач отделения сосудистой хирургии Рязанского областного клинического кардиологического диспансера, г. Рязань