

Результаты и обсуждение. У пациентов с высоким и средним риском развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) в послеоперационном периоде обязательно выполняется ультразвуковое ангиосканирование бассейна нижней поллой вены и правых отделов сердца, включенное как в протоколы ведения пациентов лечебно-профилактического учреждения, так и в информированные согласия на проведение профилактики ВТЭО, и производится до развития клиники венозного тромбоза или тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА).

В наших стационарах круглосуточного наблюдения хирургического профиля ультразвуковая диагностика асимптомного венозного тромбоза в бассейне нижней поллой вены в послеоперационном периоде выполнена 19% пациентам. У 36% обследованных пациентов выявлены асимптомные венозные тромбозы бассейна нижней поллой вены на уровне подвздошно-бедренно-подколенного сегментов. При этом у 27% асимптомный тромбоз имел флотирующий характер. Все пациенты с флотирующими тромбозами оперированы в течение суток по жизненным показаниям. Выполнена операция - удаление флотирующей части тромба и лигирование магистральной вены над окклюзивной частью тромба. После операции на второй день пациенты активизировались, компрессионный режим осуществлялся госпитальным трикотажем, разрешалась ходьба до появления дискомфорта в конечности, которая чередовалась с возвышенным положением конечности на шине Белера. У 73% пациентов асимптомный тромбоз имел окклюзивный характер. Пациенты с окклюзивными формами тромбоза велись консервативно: режим активный, ежедневная ходьба, использование госпитального компрессионного трикотажа, низкомолекулярные гепарины в лечебной дозировке.

Выводы. Включение активного поиска асимптомного венозного тромбоза в протокол ведения и в информированное согласие на проведение профилактики ВТЭО позволяет уменьшить число летальных исходов от ТЭЛА, штрафных санкций и судебных исков.

*Гавриленко А.В.,
Вахратьян П.Е., Николаев А.М.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА ПРИ ОСТРОМ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Российский научный центр хирургии
им. акад. Б.В. Петровского,
Первый Московский государственный
медицинский университет
им. И.М. Сеченова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) по праву считается одним из тяжелых и катастрофически протекающих острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся

высокой летальностью и большим количеством осложнений. С легочной эмболией неизбежно сталкиваются представители как хирургических, так и терапевтических специальностей, поскольку она может возникнуть в самых различных клинических ситуациях. Правильная профилактика, ранний диагноз и грамотное лечение тромбозов глубоких вен - это эффективное предотвращение легочной эмболии. Несмотря на внедрение эффективных профилактических методов, частота ТЭЛА в течение последних 20 лет остается практически неизменной.

Цель. Оценить эффективность и выбрать тактику лечения пациентов с флотирующим флеботромбозом поверхностных вен.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 93 пациентов с острым флотирующим флеботромбозом поверхностных вен в период с 2011 по 2014 годы. По способу лечения пациенты разделены на 2 группы. Хирургическое лечение проведено 53 пациентам (I гр.), консервативное лечение 40 пациентам (II гр.). Возраст пациентов варьировал - $52,1 \pm 3,2$ года. Большинство составляли женщины - 55 (59,1%), мужчин было 38 (40,9%).

Во всех случаях острого флеботромбоза верхушка тромба флотировала, но во II-ой группе флотация не превышала 1-2 см. Средний срок с момента развития флеботромбоза до поступления в стационар составил от нескольких дней до нескольких недель. Все пациенты при поступлении проходили полный комплекс общеклинического обследования, ультразвуковое дуплексное сканирование, при котором оценивалось состояние подкожных, глубоких и перфорантных вен обеих нижних конечностей, определялась протяженность и уровень тромботического процесса. По результатам дуплексного сканирования пациенты обеих групп были распределены на 4 подгруппы: в первую подгруппу вошли пациенты, у которых верхушка тромба определялась дистальнее средней трети бедра, во вторую подгруппу вошли пациенты с тромботическим процессом в верхней трети бедра, в третью подгруппу вошли пациенты, у которых тромботический процесс находился на уровне створок клапана сафено-фemorального соустья, и в четвертую подгруппу вошли пациенты с переходом тромба в общую бедренную вену выше сафено-фemorального соустья.

Результаты и обсуждение. В целях профилактики тромбоэмболических осложнений 25 (47,2%) пациентам 1,2,3 подгруппы I группы выполнялась кроссэктомия и 19 (35,8%) - радикальное лечение в один этап на высоте воспалительного процесса (кроссэктомия и комбинированная флэбэктомия). Пациентам 4 подгруппы I группы - 9 (17,0%) выполнялась кроссэктомия с тромбэктомией из общей бедренной вены. Пациентами, которым выполнялось радикальное хирургическое лечение с удалением ствола и притоков на высоте воспалительного процесса, в послеоперационном периоде на 2-3 сутки отмечалось исчезновение признаков воспаления, покраснения и болезненности по ходу вены. Таким образом, после радикального хирургического ле-

чения организм освобождается от очага воспаления. Также отмечено, что у пациентов после радикального хирургического лечения отпадает необходимость в повторной госпитализации для удаления ствола и притоков, оставленных после кроссэктомии при первичном вмешательстве.

Все пациенты II группы пролечены консервативно. При этом у 3-х пациентов 2,3 подгрупп отмечались эпизоды ТЭЛА, а у 4-х пациентов 1,3,4 подгрупп пришлось проводить экстренное хирургическое вмешательство, в том числе, с имплантацией кава-фильтра.

Выводы. Таким образом, у пациентов с острым флеботромбозом поверхностных вен хирургическое лечение является радикальным и оправданным методом для предупреждения и профилактики ТЭЛА. При флеботромбозах одномоментное удаление ствола и притоков большой подкожной вены дает хороший лечебный эффект, улучшает состояние пациентов, сокращает период временной нетрудоспособности и реабилитации, и отпадает необходимость в повторной госпитализации.

Гаиров А.Д., Садриев О.Н., Камолов Р.С.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОСТРОГО ИЛИОФЕМОРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

*Республиканский научный центр
сердечно-сосудистой хирургии,
г. Душанбе, Республика Таджикистан*

Актуальность. Острый тромбоз глубоких вен (ОТГВ) нижних конечностей продолжает оставаться одним из главных ургентных сосудистых заболеваний, частота встречаемости которого составляет от 5 до 27%.

В качестве этиологических факторов ОТГВ определенную роль имеют длительная иммобилизация и травма конечности, беременность и послеродовой период, применение гормональных и контрацептивных препаратов, наличие неопластических процессов и тромбофилии. Вместе с тем, в литературе имеется мало данных относительно частоты развития и особенностей клинического течения ОТГВ, развившегося на фоне брюшного тифа, после родов, в жаркие периоды года и при голодании.

Цель. Изучить основные факторы, влияющие на развитие острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы. В период с 2009 по 2014 годы в РНЦССХ г. Душанбе был госпитализирован 121 пациент с ОТГВ нижних конечностей в илиофemorальном сегменте. Среди пациентов лица женского пола составили 97 (80,2%) человек, мужского – 24 (19,8%). Средний возраст пациентов составил $34,2 \pm 2,1$ лет. У всех пациентов обстоятельно изучены этиологические факторы заболевания. Исходя из причин, способствующих развитию тромбоза, все пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили

46 пациентов, у которых тромбоз илиофemorального сегмента возник либо после родов, либо после родоразрешающих операций. У 17 пациентов причиной развития тромбоза явилось тяжелое течение брюшного тифа. Третью группу составили 58 пациентов, поступивших в месяц Рамадан с выраженным сгущением крови. Обезвоживание, возникшее в жаркий месяц Рамадан, явилось главной причиной гиперкоагуляционного синдрома, повлекшего за собой тромбообразование в венозной стенке.

Локализацию и протяженность тромботического процесса, а также состояние глубокой венозной системы нижних конечностей, изучали с помощью дуплексного ангиосканирования. Для изучения состояния свертывающей системы были определены такие показатели как МНО, АЧТВ, ПТИ, фибриноген, и ВСК по Ли Уайту. Диагностика сопутствующих патологий проводилась с применением ультразвукового исследования органов брюшной полости и малого таза и исследованием общих и биохимических показателей крови.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования была выявлена определенная зависимость развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей от объема кровопотери при родах или родоразрешающих операциях. Так средний объем потерянной крови составил $732,4 \pm 17,6$ мл, став причиной гиперкоагуляции. Вместе с тем, у 3 пациентов имела место гематома забрюшинного пространства и малого таза. В последующем им было произведено опорожнение гематомы и дренирование забрюшинного пространства и малого таза. Лечение в этой группе пациентов проводилось совместно с гинекологами. Объем консервативной терапии включал антибиотики широкого спектра действия, флеботоники, антиагреганты, противовоспалительные, энзимы (воэнзим) и антикоагулянты прямого и непрямого действия.

Второй группе пациентов терапия проводилась в отдельных специальных блоках отделения. Гектическая температура, высокие потери жидкости потом и вследствие диареи явились основными причинами обезвоживания организма, которые, в последующем, привели к развитию илиофemorального венозного тромбоза. Этим пациентам, наряду со специфической терапией брюшного тифа, проводили консервативную терапию, включающую антикоагулянты прямого действия и флеботоники. Ввиду того, что слизистая оболочка кишечника при брюшном тифе претерпевает 4 стадии развития, этим пациентам лечение нестероидными противовоспалительными и антиагрегантными препаратами не проводилось.

Причиной развития острого илиофemorального тромбоза у пациентов 3 группы явилось долгое голодание (в среднем $15,2 \pm 1,4$ часов) и неупотребление жидкости, которое вначале привело к гиповолемии, а потом к развитию гиперкоагуляции. Необходимо отметить, что в течение анализируемого периода месяц Рамадан совпал с жарким сезоном года (июль-сентябрь). Средняя температура в эти месяцы составляла от