

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 (вобэнзим) 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

34,6±2,4°С до 41,5±3,1°С. На фоне жаркой погоды, когда потребности организма в воде увеличиваются, длительный неприем жидкости и пищи способствовал повышению коагуляционных свойств крови. Этой группе пациентов проводился курс стандартной антикоагулянтной терапии с внутривенным введением коллоидных и кристаллоидных растворов от 3 до 5 л в сутки.

**Выводы.** Таким образом, способствующими факторами развития ОТГВ могут быть роды и родоразрешающие операции, тяжелое течение инфекционных заболеваний и длительное неупотребление жидкости и пищи, особенно в жаркий сезон года, когда потребности организма в воде увеличиваются в несколько раз. Консервативную терапию ОТГВ необходимо проводить с учетом вызывающих ее факторов.

*Гардубей Е.Ю., Селищев В.В.,  
Свиридов В.А., Вацуро М.Ф.,  
Даниленко А.И., Горбушенков В.А*

## **РАДИКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Херсонская городская клиническая  
больница им. Е.Е. Карабелеша,  
г. Херсон, Украина*

**Актуальность.** Острый варикотромбофлебит подкожных варикозных вен нижних конечностей (ВТПВНК) является одним из основных осложнений варикозной болезни и у 10-25 % пациентов обуславливает тромбоз глубоких вен, а у 10% – тромбоемболию легочной артерии (ТЭЛА). Однако ряд вопросов по поводу диагностики и лечения еще не нашел своего отображения. Так, некоторые авторы придерживаются активной хирургической тактики, другие – двухэтапного лечения, а некоторые отдают предпочтение консервативной терапии.

**Цель.** На основе собственного опыта показать эффективность и безопасность ранней радикальной хирургической тактики при лечении пациентов с острым ВТПВНК как с целью профилактики ТЭЛА, так и для радикальной ликвидации варикозной болезни. Внедрение методики эндовенозной лазерной коагуляции как миниинвазивной процедуры для лечения данной категории пациентов.

**Материал и методы.** За период с 01.06.12 г. по 01.06.14 г. в городском отделении сосудистой хирургии было проведено хирургическое лечение 320 пациентов с ВТПВНК. Все пациенты были анализированы по возрасту, полу, давности заболевания, уровню тромбоза, локализации в бассейне малой или большой подкожной вены и по проведенному оперативному вмешательству. Так восходящий тромбофлебит был отмечен в 185 (57,8%) случаях. Возраст пациентов составлял от 20 до 86 лет. Женщин было 241 (75,3%), мужчин – 79 (24,7%). В зависимости от уровня

проксимального расположения тромбоза пациенты разделились следующим образом: верхняя треть бедра – 106 (33,1%), средняя треть бедра – 98 (30,6%), нижняя треть бедра – 76 (23,8%), на голени – в 40 (12,5%) случаях. В бассейне большой подкожной вены (БПВ) процесс был локализован у 302 (94,4%), в бассейне малой подкожной вены (МПВ) у 15 (4,7%), а одновременно в двух бассейнах у 3 (0,9 %) пациентов. Срок от момента заболевания до госпитализации составил от 1 до 27 дней, в среднем – 5,5±1,4 дня. У 17 (5,3%) пациентов был диагностирован тромбоз сафено-фemorального соустья (СФС), а у 20 (6,25 %) тромбоз распространялся с флотирующей верхушкой тромбоза за СФС в общую бедренную вену. Длительность течения варикозной болезни составила от 1 до 50 лет, в среднем – 17,1±1,8 лет. Наличие клинических симптомов ТЭЛА наблюдалось у 6 (1,9%) пациентов на момент госпитализации. Всем пациентам проводились общеклинические методы обследования и дуплексное сканирование.

**Результаты и обсуждение.** Установление диагноза ВТПВНК являлось абсолютным показанием к оперативному лечению с целью предупреждения ТЭЛА и для полного оздоровления пациента. Следует отметить, что на основе интраоперационной ревизии и данных дуплексного сканирования выявлено, что проксимальная граница тромбоза находится в среднем на 8-12 см выше, чем при первичном клиническом осмотре. Операцию проводили в день поступления у 275 (85,9%) пациентов и у 45 (14,1%) на второй день. Старались придерживаться радикальной тактики при ВТПВНК. Первоочередной задачей было предупреждение перехода тромботического процесса на глубокие вены нижних конечностей и развития возможной ТЭЛА, а уже во вторую очередь, старались ликвидировать присутствующую варикозную болезнь с полным оздоровлением пациентов, поскольку большинство из них – это лица молодого и работоспособного возраста. Венэктомия была сделана у 251 (78,4%) пациента, а классическая кроссэктомия – у 69 (21,6%). Так, для предупреждения ТЭЛА вследствие тромбоза в бассейне БПВ и ликвидации сафено-фemorального рефлюкса как причины варикозной болезни выполнялась типичная кроссэктомия. В случае ВТПВНК в бассейне МПВ косо-поперечным доступом в подколенной ямке выделяли сафено-подколенное соустье (СПС) и проводили перевязку ствола МПВ, а в трех случаях с одновременной тромбэктомией из СПС. После этого проводили удаление измененного варикозного ствола БПВ с помощью венэкстрактора в 227 (70,9%) случаях, а в 24 (20,6%) выполняли ЭВЛК. Световод проводили выше или ниже тромботических масс и этот участок коагулировали. В среднем расход энергии на одну конечность составил 860 Дж. Также через отдельные разрезы по Мюллеру удаляли варикозно-эктазированные ветки. При наличии выраженного перивазального инфильтрата кожи над тромботической веной выполнялся точечный минидоступ с дальнейшим выдавливанием тромботических масс. Всем па-