

возраст беременных контрольной группы составил  $28,8 \pm 2,5$  года. Срок гестации при направлении на консультацию составил  $19,8 \pm 2,3$  недели. Все женщины исследуемой и контрольной групп были консультированы акушерами-гинекологами, после осмотра которых значимой акушерской патологии не выявлено.

**Результаты и обсуждение.** Пациентки с тромбозом глубоких вен, (10 человек), были госпитализированы в отделение сосудистой хирургии Екатеринбургского Центра Сосудистой хирургии, где получали консервативную терапию с применением эластической компрессии и НМГ (Эноксапарин) из расчета 1 мг/кг каждые 12 часов. В 1 случае пациентке имплантирован кава-фильтр, и в дальнейшем выполнена экстирпация матки с плодом по акушерским показаниям. В течение беременности и 42 дней после родоразрешения прослежена судьба 3-х пациенток с тромбозом глубоких вен. Родоразрешение таким пациенткам осуществлялось с исключением потужного периода (кесарево сечение). В дальнейшем при обследовании в 2 случаях была выявлена наследственная тромбофилия. Остальные пациентки выбыли из исследования в связи с отказом. У пациенток в исследуемой группе (20 человек) тромбоз флебит поверхностных вен развивался на фоне варикозной болезни в стадии субкомпенсации (ХВН С3), ранее данные пациентки сосудистым хирургом не консультированы и специального лечения не получали.

Из исследуемой группы все пациентки направлены на консультацию в экстренном порядке. В 33,3% случаев пациенткам в экстренном порядке в связи с восходящим характером тромбоза флебита выполнена кроссэктомия, а в 66,7% при локализации воспалительного процесса в притоках БПВ или в стволе БПВ ниже щели коленного сустава пациентки получали консервативную терапию в объеме: местное лечение (гепарин-содержащие мази) и эластическая компрессия. В дальнейшем родоразрешение у таких пациенток произведено через естественные родовые пути.

Через 42 дня после родов пациентки, получавшие консервативное лечение, консультированы повторно - восхождения тромбоза флебита не выявлено. В дальнейшем рекомендована эластическая компрессия и оперативное лечение в плановом порядке. В контрольной группе все пациентки консультированы через 2 месяца после родов - течение послеродового периода без осложнений. Ими продолжена компрессионная терапия, и рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

**Выводы.** 1. Тромбоз глубоких вен и тромбоз флебит поверхностных вен наиболее часто встречаются во 2 триместре беременности. 2. Эластическая компрессия позволяет предотвратить развитие грозных осложнений варикозной болезни. 3. Применение эластической компрессии всем пациенткам во 2 триместре беременности позволяет предотвратить развитие тромбоза флебита у беременных.

*Хрыщанович В.Я., Калинин С.С.,  
Фрайжи А.А., Тетерич А.С.*

## **АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАНДАРТНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕБОТРОМБОЗОМ**

*Белорусский государственный  
медицинский университет,  
4-я городская клиническая  
больница им. Н.Е. Савченко,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Ежегодная частота развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей составляет ~1-2 случая на 1000 взрослого населения, при этом чуть больше половины из всех ТГВ являются «внутрибольничными». Наряду с острыми симптомами заболевания (боль, отек, гиперемия и гипертермия конечности), не менее чем у одной трети (~20-50%) пациентов развивается посттромботическая болезнь (ПТБ) в течение первых двух лет после перенесенного ТГВ. При этом показатели статистики при ПТБ зависят от характеристик пациентов, длительности периода наблюдения, терминологии, выбранного места и метода лечения. Заседание международного общества тромбоза и гемостаза, состоявшееся в 2008 г. в Вене, рекомендовало, как наиболее удобную и специфичную, шкалу S. Villalta для диагностики и оценки степени тяжести ПТБ после перенесенного ранее и документально подтвержденного ТГВ. Согласно шкале S. Villalta сумма баллов  $>5$  венозная язва подтверждают диагноз ПТБ, а большее количество баллов характеризует степень тяжести заболевания (5-14 – легкая/умеренная,  $\geq 15$  – тяжелая).

**Цель.** Изучить вероятные факторы риска посттромботической болезни (ПТБ) и отдаленные результаты стандартного консервативного лечения пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей.

**Материал и методы.** Из 137 пациентов, перенесших ТГВ, 48 человек приняли участие в исследовании. Средний возраст составил 59,1 (34-76) лет; мужчин было 30, женщин – 18. ТГВ проксимальной локализации был выявлен у 18 (37,5%) респондентов, дистальной – у 30 (62,5%). Для выявления ПТБ была использована шкала Villalta. В зависимости от приверженности к рекомендациям пациенты распределились следующим образом: соблюдали амбулаторные рекомендации в полном объеме – 8 (16,7%) пациентов, частично – 27 (56,3%), не следовали рекомендациям – 13 (27%).

**Результаты и обсуждение.** ПТБ развилась у 30 (62,5%) из 48 пациентов с ТГВ. У 7 (23%) пациентов ПТБ характеризовалась тяжелой степенью тяжести, в 3 (10%) случаях - с образованием трофической язвы. В возрасте 60 лет и старше ПТБ встречалась в 17 (70,8%) случаях. В группе пациентов с проксимальной локализацией ТГВ частота ПТБ составила 72,2%, с дистальной – 56,7%. Из 30 пациентов с ПТБ избыточная масса тела или ожирение были обнаружены у 24 (80%)

человек. В группе пациентов с анамнезом перенесенного ТГВ <3 лет ПТБ была отмечена у 47%, от 3 до 6 лет – у 64%, >6 лет – у 89%. При регулярном использовании эластической компрессии ПТБ наблюдалась у 60% пациентов и без ее применения – у 33%.

**Выводы.** Частота развития ПТБ среди пациентов, перенесших ТГВ, не имеет тенденции к снижению. Пациенты с проксимальной локализацией ТГВ в большей степени подвержены риску развития ПТБ. Устранение факторов риска (избыточный вес, варикозная болезнь), профилактика ТГВ и его рецидива – наиболее приемлемая превентивная стратегия ПТБ.

*Чернуха Л.М., Скупой О.М.,  
Митюк О.И., Хребтий Я.В.*

## **К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ**

*Министерство здравоохранения Украины,  
Национальный институт хирургии и  
трансплантологии им. А.А. Шалимова,  
Винницкая областная клиническая  
больница им. Н.И. Пирогова,  
Винницкий национальный медицинский  
университет им. Н.И. Пирогова,  
г. Киев, г. Винница, Украина*

**Актуальность.** Несмотря на стремительное развитие в XXI веке новейших медицинских технологий и методов лечения, тромбоэмболия легочной артерии продолжает оставаться одной из основных причин смертности населения. О важности проблемы свидетельствует тот факт, что частота ближайших фатальных последствий при ТЭЛА составляет от 7 до 11%. Согласно другим исследованиям, летальность при ТГВ, который осложняется ТЭЛА, составляет от 5 до 20%. В Англии 0,9% госпитализированных пациентов умирают от ТЭЛА, в США ТЭЛА является причиной смерти 200 000 пациентов ежегодно, во Франции - 20 000. По данным мультицентрового проекта (PIOPED) уровень смертности от ТЭЛА составляет около 25%. Внутрибольничная летальность при ТЭЛА составляет 12% (до 1% всех пациентов, госпитализированных в Западной Европе). Таким образом, в свете изложенных данных, проблема ТГВ, осложненных ТЭЛА, выглядит чрезвычайно актуальной, а вопросы лечения и профилактики данной грозной патологии должны привлекать внимание исследователей и клиницистов.

**Цель.** Целью нашего исследования была разработка на основе собственного опыта дифференцированной хирургической тактики при лечении пациентов с ТГВ, осложненными ТЭЛА, в соответствии с данными доказательной медицины.

**Материал и методы.** Были проанализированы результаты лечения 58 пациентов с ТГВ, которые осложнились ТЭЛА. Пациентов с высоким риском ранней смерти по классификации Европейского общества кардиологов наблюдалось 9 (15,5%), с промежуточным риском - 14 (24%), с низким риском - 35 (60,5%). ТГВ проксимальной локализации наблюдался в 46 (79%) случаях. В 55 случаях (94%) причиной тромбоэмболии легочной артерии был ТГВ, в 3 случаях (6%) причину ТЭЛА обнаружить не удалось. Лечебная тактика зависела от массивности поражения легочной артерии и уровня риска ранней смерти, связанного с ТЭЛА. Системный тромболизис ТГВ, осложненного ТЭЛА, проводился в группе пациентов с высоким и средним риском ранней смерти в 16 (69,5%) случаях. Катетер-управляемый тромболизис проводился при илиофemorальных ТГВ, осложненных ТЭЛА, в группе пациентов с низким риском ранней смерти и в сроки развития тромбоза до 7 суток в 10 (28,5%) случаях.

**Результаты и обсуждение.** Выбор адекватной тактики лечения пациентов с ТГВ, осложненным ТЭЛА, позволил получить хорошие и удовлетворительные результаты у 65,5% пациентов, а проведение тромболитической терапии при ТЭЛА позволило получить удовлетворительные результаты и значительное клиническое улучшение в 82% случаев. Ни одного летального случая отмечено не было. В течение периода исследования рецидивирующих ТЭЛА констатировано не было.

**Выводы.** 1. Системный тромболизис ТГВ, осложненного развитием ТЭЛА, показан в группе пациентов с высоким и средним риском ранней смерти. 2. Катетер-управляемый тромболизис показан при илиофemorальных ТГВ, осложненных ТЭЛА, в группе пациентов с низким риском ранней смерти и в сроки развития тромбоза до 7 суток. 3. Антикоагулянтная терапия показана при дистальных окклюзирующих ТГВ и низком риске ранней смерти.

*Шаталова О.В., Смушева О.Н., Шаталов А.А.*

## **КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА**

*Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Областная клиническая больница  
на станции Волгоград-1 ОАО «РЖД»,  
г. Волгоград, Российская Федерация*

**Актуальность.** Основой лечения пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) является антикоагулянтная терапия. На сегодняшний день одобрены к применению управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов Food and Drug Administration (FDA) по показанию ТГВНК и зарегистрированы на территории РФ