

## ПРОЦЕСС РЕКАНАЛИЗАЦИИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Д.Д. Султанов, М.Г. Тоиров, М.О. Курбанова

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ; Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии (РНЦСС и ГХ)

**Введение** Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей относится к наиболее распространённым воспалительным заболеваниям кровеносных сосудов (1,2). Несмотря на широкое использование антикоагулянтной и фибринолитической терапии у 80-95 % больных, перенёсших острый тромбоз, в дальнейшем развивается посттромботическая болезнь, составляющая до 28% всех заболеваний венозной системы. Около 40 % таких больных становятся инвалидами II-III группы (1,3).

**Цель исследования:** изучение процесса реканализации в раннем периоде после перенесённого острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

**Материалы и методы исследования.** С ноября 2005 по сентябрь 2006 гг. в отделении хирургии сосудов РНЦСС и ГХ находились на стационарном лечении 35 больных в возрасте от 21 до 77 лет. Больные поступили с клиникой острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей подвздошно-бедренного сегмента. Средний возраст составил  $48 \pm 7,2$  года, мужчин было 20 (57%) и женщин - 15 (43%). Через 3 месяца проводилось контрольное обследование с помощью ультразвуковой доплерографии (УЗДГ, аппарат СД-100 - «Вингмед», фирмы «Medata» - Швеция) и УЗ-дуплексного сканирования (аппарат SD-800 фирмы «PHILIPS»). При обследовании обращалось внимание на характер тромба, просвет вены в разных сегментах, коллатеральные пути, характер кровотока.

**Результаты и их обсуждение.** Всем больным проводилось комплексное консервативное лечение, кроме двух больных, которым из-за флотирующего тромба общей бедренной вены, было произведено оперативное вмешательство. При выписке больным для амбулаторного приёма были назначены антикоагулянты непрямого действия (фенилин, варфарин по 1 таблетке в день) в течение 6 месяцев, компрессионная терапия в виде постоянного в течение 6 месяцев ношения эластических чулок или эластического бинтования. При обследовании через 3 месяца у большинства больных выявлено начало процесса реканализации в тромбированных глубоких венах нижних конечностей. У 21 (60%) больного примерно 50%-ная реканализация была отмечена в наружной подвздошной (НПВ), общей бедренной (ОБВ) и поверхностной бедренной (ПБВ) венах. Полная реканализация в этом сроке не была выявлена ни в одном случае. У четырёх пациентов (11,4%) признаки реканализации не были отмечены ни в одном из сегментов глубоких вен. Из анамнеза выяснилось, что в домашних условиях эти больные не выполняли врачебные рекомендации: не принимали антикоагулянты и не использовали эластическое бинтование. В остальных 10 (28,6%) случаях в подвздошной (ПВ) и ПБВ реканализация составляла от 10 до 30% вен.

При УЗДГ в случае восстановления проходимости регистрировался низкий монофазный кровоток, не реагирующий на дыхательные движения. Почти у всех больных процесс реканализации отмечен в начальном сегменте общей бедренной вены, где имелось наибольшее количество притоков, через которые начали формироваться коллатеральные пути оттока венозной крови.

По данным УЗ-дуплексного сканирования при частичной реканализации в просвете вены визуально наблюдались плотные тромботические массы, в центре организованных тромбов

проявлялся просвет вены диаметром от 2 до 5-6 мм. Отёчность стенки вен уменьшилась, но признаки склероза в виде гиперэхогенности стали более заметными.

В реканализованной вене регистрировался монофазный характер венозного кровотока за счёт ригидности и утолщения стенки сосуда. При обтурации вены её просвет был заполнен неоднородными по структуре массами, кровотоков в этой зоне не регистрировался. В проксимальных и дистальных местах обтурации наблюдался монофазный кровоток, не изменяющийся во время дыхательных циклов и не реагирующий на пробу Вальсальвы.

Среди всех 35 больных, у 2 был выявлен низкий процент (5-10%) реканализации. У одного из них, ранее перенёвшего операцию Троянова - Тренделенбурга по поводу варикотромбофлебита, через неделю после выписки из стационара развился тотальный тромбоз глубоких вен нижних конечностей. В течение недели больной получал лечение амбулаторно в домашних условиях, в последующем был госпитализирован. После комплексной консервативной терапии в стационаре больной был выписан на амбулаторное лечение с рекомендацией продолжать приём антикоагулянтов непрямого действия и компрессионную терапию. Однако, при контрольном обследовании через 3 и 6 месяцев после выписки реканализация была низкой - до 5-10 %, и только в бедренном сегменте. В остальных зонах процесс реканализации отсутствовал. Причиной этого вероятнее всего, было позднее неадекватное лечение данного больного. Выраженный отёк нижних конечностей сохранялся у него всё время.

У второго больного реканализация бедренной вены составляла около 5%. В остальных сегментах процесс реканализации отсутствовал. Несмотря на то, что больной получал амбулаторное лечение. Он страдал остеохондрозом поясничных позвонков, из-за которого вёл пассивный образ жизни.

Вероятно, имеет важное значение возраст пациентов, реактивность организма. Пациенты, у которых была выявлена плохая реканализация, в основном были пожилого и старческого возраста. У молодых больных процесс реканализации был удовлетворительным.

Таким образом, результаты исследования показывают, что в госпитальном периоде процесс реканализации поражённых вен не начинается. К 3-му месяцу имеются признаки начинающейся реканализации бедренно-подвздошного сегмента.

Применение УЗДГ и УЗ-дуплексного сканирования имеет цель: диагностировать тромбоз глубоких вен, определить зоны тромбоза, характер проксимального конца тромба (эмбологенность). В раннем сроке - до 3-х месяцев мобилизуются механизмы фибринолиза и продолжается процесс реканализации тромбированных вен, но окончательной реканализации ещё не наступает. Лучшие признаки реканализации вен были отмечены у 50% больных в результате эффективности комплексного консервативного лечения по разработанной нами схеме.

Немаловажное значение имеет амбулаторное лечение и процесс реабилитации после выписки больных из стационара. Приём антикоагулянтов непрямого действия, венотоников и эластическая компрессия способствуют лучшей реканализации тромбированных вен.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Панченко Е.П., Добровольский А.Б. Тромбозы в кардиологии. Механизм развития и возможности терапии. -М., Спорт и культура, 1999
2. Савельев В.С. Флебология.- М., 2001
3. Савельев В.С., Константинова Г.Д., Костенко И.Г., Шкуро А.Г. Мышечно-венозная "помпа" голени у больных варикозным расширением вен нижних конечностей. Хирургия, 1982, №1, С.3-7

Хулоса

## БОЗШАВИИ МАЧРОИ ВАРИДҲОИ МАСДУДШУДА ДАР МАРҲАЛАИ БАРВАҚТИ ОФИЯТЁБИИ СУДДАТИ ШАДИДИ ВАРИДҲОИ АМИҚИ ПОЙҲО

Д.Д. Султонов, М.Г. Тохиров, М.О. Курбонова

Дар 35 беморони гирифтори суддати шадиди варидҳои амиқи пойҳо дар муддати се моҳи аввали муоина бозшавии маҷрои варидҳои масдудшуда мушоҳада гардидааст.

Натиҷаҳо бо таҳлили фавқсадоии дуплексӣ пас аз се моҳи рухсат шудан аз беморхона тасдиқ шуданд. Беморон таъбири маҷмуиро мувофиқи нақшаи таҳиясохтаи муаллифон гирифтаанд.

Моҳияти таъбири диспансерӣ ҳангоми барқарорсозии ҳолати беморон таъкид шудааст. Истифодаи доруҳои зиддихунлаҳташавӣ ва пурзӯрсозандаи фаъолияти варидҳо, ҳамчунин фишороварии чандирӣ барои беҳтарсозии суддати шадиди варидҳо тавсия мегардад.

Summary

## PROCESS OF RECANALIZATION IN YEARLY PERIOD AFTER ACUTE TROMBOPHLEBITIS OF DEEP VEINS OF LOW EXTREMITIS

D.D. Sultonov, M.G. Tohirov, M.O. Kurbanova

35 patients with thrombosis of deep veins of low extremities were investigated to 3 months on process of recanalization; by duplex scanner in 3 months after discharge in patients received complex routine treatment on our therapy scheme. Out-patient treatment and rehabilitation period are important for the treatment. Anticoagulants of indirect action, veinotonics and elastic compression help more effective recanalization of thrombed veins.



## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Х.Д. Зухуров, А.Р. Достиев, А.Х. Файзуллаев, Р.А. Турсунов

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Актуальность.** Прогнозирование развития послеоперационных гнойно-септических осложнений (ПОГСО) у больных эхинококкозом печени представляет непосредственный интерес для их профилактики. Обычно оно проводится на основании результатов клинического и инструментальных методов обследования больных [2,4,5], что на современном уровне развития хирургии не полностью удовлетворяет специалистов [1-3]. Поэтому прогнозирование риска развития ПОГСО нами были совершенствовано.

**Цель исследования.** Оценка эффективности разработанного способа прогнозирования риска развития ПОГСО на основании комплекса клинико-иммунологических показателей.

**Материалы и методы исследования.** Основу данного сообщения составили результаты комплексного обследования 100 больных эхинококкозом печени, у 39 из них до операции изучались основные показатели иммунного состояния. Анализ результатов изучения иммунного статуса больных с эхинококкозом печени проводился также с учётом того, как протекало заболевание - с осложнениями, или без них. Это важно, так как присоединение дооперационных