

References

1. E.V. Chaplygina, E.N. Sidorova, N.P. Zhukova, A.S. Gubar', S.I. Klimova. «Zakonomernosti anatomicheskogo stroeniya organov pishhevaritel'noj sistemy u lic razlichnyh somatotipov, po dannym ul'trazvukovogo issledovaniya» - Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza, №1, 2011. s.54-57.
2. Luchevaja anatomija cheloveka // Pod red. T.N. Trofimovoj, 2005. – 496 s.
3. Korreljacija makromorfometricheskikh parametrov pecheni, zhelchnogo puzyrja i podzheludochnoj zhelezy s antropometricheskimi i somatopologicheskimi pokazateljami 12-letnih mal'chikov, zhitel'ej g. Vinnica / E.G. Procek, S.V. Prokopenko, N.V. Belik, Ju.I. Guminskij [i dr.] // Materialy 4 mezhdunarodnogo kongressa po integrativnoj antropologii. – 2002. – S.298-299.
4. Gastroenterology, Abraham Bogoch, New York, 1973.
5. Antropometrija / V.V. Bunak. - M.: Uchmedgiz, 1941. – 367 c.
6. Ul'trazvukovaja diagnostika v gastrojenterologii: vozmozhnosti sovershenstvovaniya / Z.A. Lemeshko // Ros. zhur. gastrojenterol., gepatol., koloproktol. – 2003. – T.13, №1. – S. 36-42.

Давыдкин В. И.¹, Махров В. И.², Московченко А. С.³, Саврасова Т. В.⁴

¹Кандидат медицинских наук, доцент; ² кандидат медицинских наук, профессор; ³аспирант; ⁴ кандидат медицинских наук; Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФЛОТИРУЮЩИХ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аннотация

Статья посвящена диагностике и хирургической профилактике тромбоэмболии легочной артерии при флеботромбозах нижних конечностей. Установлено, что ЦДС является информативным способом диагностики флотирующих тромбов. Срочная имплантация кава-фильтра, кава- или венотомия, кроссэктомия являются эффективными способами предупреждения ТЭЛА. После хирургических вмешательств целесообразно проводить адекватную тромболитическую и антиагрегационную терапию с целью коррекции коагуляционных нарушений, лечения и предупреждения прогрессирующего флеботромбоза.

Ключевые слова: флеботромбоз, пликация, кава-фильтр, венэктомия, кроссэктомия, цветное дуплексное сканирование.

Davydkin V. I.¹, Mahrov V. I.², Moskovchenko A. S.³, Savrasova T. V.⁴

¹ PhD, associate Professor; ² PhD, Professor; ³ graduate student; ⁴ candidate of medical Sciences; National Research Mordovian State University

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FLOATING PHLEBOTHROMBOSIS OF THE LOWER EXTREMITIES

Abstract

The article is devoted to the diagnosis and surgical prevention of pulmonary embolism in the phlebothrombosis of the lower extremities. It is established that the CBC is an informative method of diagnostics of floating blood clots. Urgent implantation of cava filter, cava or veinplication, crossectomy are effective ways of prevention of pulmonary embolism. After surgery, it is advisable to carry out adequate thrombolytic and antiplatelet therapy for the correction of coagulation disorders, treatment and prevention of progressive phlebothrombosis.

Keywords: vein thrombosis, plicate, cava filter, venectomy, crossectomy, color duplex scanning.

Введение. Острые венозные тромбозы нижних конечностей – одна из важнейших проблем клинической флебологии вследствие высокой распространенности [5-6], недостаточности консервативной терапии [1, 4], высокой частоты грозных осложнений [5-6]. В связи с этим очень важна точная диагностика эмбологических состояний с использованием доступных и неинвазивных способов (прежде всего на основе неинвазивного цветного дуплексного сканирования (ЦДС) нижних конечностей) и своевременная хирургическая профилактика фатальных тромбоэмболий [2, 3].

Цель исследования: улучшение диагностики и результатов лечения больных с острыми венозными тромбозами нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 334 пациента с острыми венозными тромбозами нижних конечностей в возрасте от 20 до 81 лет, из которых 52,4 % составили женщины, 47,6 % – мужчины; 57,0 % – трудоспособного возраста, 19,5 % – молодого возраста, 42,6 % – лица старше 60 лет. Первичная и динамическая эхоскопия проводилась на ультразвуковых аппаратах Vivid 7 (General Electric, США), Toshiba Xario SSA-660A (Toshiba, Япония), SonoAce Pico (Корея), работающих в режиме реального времени с использованием датчиков 7 и 3,5 МГц. В ходе обследования устанавливался характер венозного тромба: пристеночные, окклюзионные и флотирующие тромбы.

Результаты исследования. Острые венозные тромбозы у мужчин в возрасте до 45 лет были связаны со злоупотреблением внутривенным введением психоактивных веществ. В возрастной группе 60 лет и старше женский пол преобладает за счет гинекологических заболеваний, ИБС, ожирения, травм, варикозной болезни и другие.

По данным ЦДС флотирующие тромбы обнаружены у 118 (35,3 %) обследованных пациентов. Наиболее часто флотирующие тромбы выявляются в системе глубоких вен (особенно в илеофemorальном сегменте – 42,0 %), менее часто в системе глубоких вен голени и большой подкожной вены бедра. Разницы в частоте между мужчинами и женщинами не выявлено. Отмечается постепенный рост частоты асимптомных флотирующих тромбов в поверхностной системе. В связи с этим при всех случаях варикозной болезни, а также локальном варикотромбофлебите необходимо ЦДС для обнаружения субклинического флотирующего тромбоза как поверхностных, так и глубоких вен.

При ЦДС нефлотирующие тромбы были установлены у 216 (64,7 %) пациентов: окклюзионный тромбоз был обнаружен у 183 (54,8 %) больных, неокклюзионный пристеночный (асимптомный) тромбоз – у 33 (9,9 %). Контрольное ЦДС проводили всем пациентам до момента фиксации флотирующего хвоста тромба к стенке вены и в последующем в сроки от 4 до 7 суток лечения и перед выпиской больного.

С целью хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии при флотирующих тромбах выполнялись 3 способа операции: установка кава-фильтра, пликация сегмента вены и кроссэктомия и/или флебэктомия.

Количество выполненных вмешательств составило 140 (41,91%) из 334 случаев венозных тромбозов: пликация наружной подвздошной вены выполнена у 35 (25,0 %), имплантация кава-фильтра – у 25 (17,9 %), кроссэктомии – у 42 (30,0 %), экстренная флебэктомия – у 31 (22,2 %) и сочетание кроссэктомии и флебэктомии – у 7 (5,0 %) больных.

Имплантация кава-фильтра была показанной при флотирующем тромбе крупных магистральных вен нижних конечностей и таза, перенесенной ранее ТЭЛА на фоне верифицированного тромбоза глубоких вен, рецидивирующем флеботромбозе у пациентов с онкологическими, системными заболеваниями, истинными тромбофилиями, прогрессировании флеботромбоза на фоне тяжёлой травмы, требующей остеосинтеза либо предполагающей длительную иммобилизацию, декомпенсированных сердечно-сосудистых заболеваниях. Установлены кава-фильтры по типу «Песочные часы №2» фирмы «Комед». Кава-фильтры у 6 из 25 больных были установлены после эпизода ТЭЛА на фоне острого флеботромбоза, у 19– при выявлении флотирующего тромба без клинических проявлений ТЭЛА.

У пациентов молодого возраста при устранимых факторах риска и причинах тромбоза глубоких вен целесообразны съёмные модели, которые подлежат удалению в сроки до 30 сут после установки при устранении угрозы ТЭЛА. Однако в связи с отсутствием съёмных фильтров этот способ хирургической профилактики не использовался.

В последние годы значительно возрос интерес к пликациям магистральных вен, как способу хирургической профилактики ТЭЛА. Этот способ использован у 35 (25,0 %) пациентов, у 6 (17,2 %) – пликация выполнена механическим способом с помощью аппарата УО-40. Выбор оперативного доступа зависел от характера и тяжести клинической ситуации. Считается, что пликация с помощью механического шва отличается технической простотой и быстротой выполнения. Пликация наружной подвздошной вены выполнена – у 18 (51,4 %), общей подвздошной вены – 7 (20,0 %), общей бедренной вены – 6 (17,1 %), верхней трети поверхностной бедренной вены – 4 (11,5 %) из 35 больных.

Кроссэктомия предпочтительна при остром восходящем тромбозе, поскольку она предотвращала распространение тромботического процесса из поверхностных вен в глубокие и выполнена у 42 (30,0 %), флебэктомия – 31 (22,1 %), кроссэктомия с флебэктомией – у 7 (5,0 %) из 80 больных. Средняя продолжительность нахождения в стационаре больных, перенёвших радикальное вмешательство, по сравнению с пациентами, которым была выполнена лишь кроссэктомия, статистически значимо не различалась.

Перед имплантацией кава-фильтра или пликации вены в обязательном порядке проводилось ЦДС. В дальнейшем ЦДС выполнялось через 48 ч после операции или в другие сроки (при необходимости). Несмотря на проведение антикоагулянтной и антитромбоцитарной терапии в 32,0 % случаев на кава-фильтрах при ЦДС выявлены массивные тромбы, что является весьма убедительным доказательством эффективности профилактики фатальной ТЭЛА. Сегмент вены после пликации был проходим у 29 (82,9 %) из 35 больных, у 4 (11,4 %) выявлен восходящий тромбоз ниже места пликации, у 2 (5,7 %) кровотоков в области пликации вообще не удалось визуализировать. Установлено, что частота прогрессирования тромботического процесса и рецидивов тромбозов наиболее высока у пациентов, перенёвших имплантацию кава-фильтра, что можно объяснить нахождением в просвете НПВ инородного тела, изменяющего характер кровотока в сегменте. Частота рецидивов тромбозов у пациентов, перенёвших пликацию, либо лечившихся только консервативно, практически одинакова и при этом существенно ниже в сравнении с аналогичным показателем после эндоваскулярных вмешательств.

Выводы. ЦДС является информативным способом диагностики наличия и уровня тромботического процесса в вене, флотации тромбов, оценки эффективности медикаментозной терапии. Хорошая клиническая эффективность применения антикоагулянтных препаратов выявлена у пациентов при ранних сроках госпитализации и своевременном их назначении, пристеночном и неокклюзионном видах тромбоза, при субклинической картине заболевания и отсутствии ведущих факторов риска тромбозов.

Для улучшения результатов лечения венозных тромбозов необходим дифференцированный выбор хирургической тактики с учетом ультразвуковой диагностики и оценки динамики течения тромботического процесса. При распространенном тромбозе, а также после хирургической профилактики ТЭЛА интенсивная инфузионная терапия должна включать также антикоагулянты и антитромбоцитарные препараты с целью достижения и поддержания управляемой гемодилуции и гемокоагуляции.

Литература

1. Андрищенко И. В. Структура и результаты лечения флеботромбоза нижних конечностей / И. В. Андрищенко, В. Ф. Негрей, В. А. Агеев, А. Е. Маркова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 97. – № 6. – С. 237-238.
2. Ведяшкина О.С. Ультразвуковая диагностика острых венозных тромбозов нижних конечностей / О. С. Ведяшкина, В. И. Давыдкин, В. В. Махров, М. И. Паркина, В. В. Щапов // Огарёв-Online. – 2014. – № 14 (28). – С. 3.
3. Засимович В.Н. Опыт лечения тромбозов глубоких вен системы нижней полой вены в условиях специализированного стационара / В. Н. Засимович, А. М. Назарук, Е. А. Малащичкий, В. В. Могучий, М. Н. Борисенко // Новости хирургии. – 2008. – Т. 16. – № 4. – С. 154-159
4. Пиксин И. Н. Изменения системы гемостаза у больных тромбозом глубоких вен нижних конечностей при озонотерапии / И. Н. Пиксин, В. И. Махров, В. В. Махров, С. И. Табунков, С. П. Бякин, А. В. Щербаков, Н. В. Романова, А. В. Аверина // Современные технологии в медицине. – 2011. – № 4. – С. 173-176.
5. Савельев В. С. Профилактика послеоперационных венозных тромбозомболических осложнений в российских стационарах (предварительные результаты проекта «Территория безопасности») / В. С. Савельев, А. И. Кириенко, И. А. Золотухин, А. И. Андрияшкин // Флебология. – 2010. – № 3. – С 3 – 8.
6. Савельев В. С. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / В.С. Савельев, А. И. Кириенко. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Т. 3. –1008 с.

References

1. Andrijushhenko I. V. Struktura i rezultaty lechenija flebotromboza niznih konechnostej / I. V. Andrijushhenko, V. F. Negrej, V. A. Ageev, A. E. Markova // Sibirskij medicinskij zhurnal (Irkutsk). – 2010. – Т. 97. – № 6. – S. 237-238.
2. Vedjashkina O.S. Ul'trazvukovaja diagnostika ostryh venoznyh trombozov niznih konechnostej / O. S. Vedjashkina, V. I. Davydkin, V. V. Mahrov, M. I. Parkina, V. V. Shhapov // Ogarjov-Online. – 2014. – № 14 (28). – S. 3.
3. Zasimovich V.N. Opyt lechenija trombozov glubokih ven sistemy nizhnjej poloj veny v uslovijah specializirovannogo stacionara / V. N. Zasimovich, A. M. Nazaruk, E. A. Malashchickij, V. V. Moguchij, M. N. Borisenko // Novosti hirurgii. – 2008. – Т. 16. – № 4. – S. 154-159
4. Paksin I. N. Izmenenija sistemy gemostaza u bol'nyh tromboflebitom glubokih ven niznih konechnostej pri ozonoterapii / I. N. Paksin, V. I. Mahrov, V. V. Mahrov, S. I. Tabunkov, S. P. Bjakin, A. V. Shherbakov, N. V. Romanova, A. V. Averina // Sovremennye tehnologii v medicine. – 2011. – № 4. – S. 173-176.
5. Savel'ev V. S. Profilaktika posleoperacionnyh venoznyh trombozombolicheskikh oslozhnenij v rossijskikh stacionarah (predvaritel'nye rezultaty proekta «Territorija bezopasnosti») / V. S. Savel'ev, A. I. Kirienko, I. A. Zolotuhin, A. I. Andrijashkin // Flebologija. – 2010. – № 3. – S 3 – 8.
6. Savel'ev V. S. Klinicheskaja hirurgija: nacional'noe rukovodstvo: v 3 t. / V.S. Savel'ev, A. I. Kirienko. – M: GJeOTAR-Media, 2010. – Т. 3. –1008 s.

Парамонова Т. К.¹, Зобова Д. А.²

¹Доцент, кандидат медицинских наук, ²клинический ординатор, кафедра акушерства и гинекологии, медицинский институт, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Аннотация

Целью данной работы явилось изучение структуры факторов риска развития послеродового эндометрита.

Ключевые слова: послеродовый эндометрит, кесарево сечение, кольпит.

Paramonova T. K.¹, Zobova D. A.²

¹Associate professor, PhD in medical Sciences, ²Clinical resident, Department of obstetrics and gynecology. Medical Institute, Ogarev Mordovia State University

THE STRUCTURE OF THE RISK FACTORS FOR POSTPARTUM ENDOMETRITIS

Abstract

The aim of this study was to examine patterns of risk factors for postpartum endometritis.

Keywords: postpartum endometritis, caesarean section, colpitis