

Клинический случай

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 618.7-06:616.147.16-005.6]-07-08

РЕДКИЕ ФОРМЫ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Ищенко А.И., Александров Л.С., Никонов А.П., Харнас С.С., Соколова И.А.,
Капительный В.А., Белова А.В.*

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва

Для корреспонденции: Александров Леонид Семенович — д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, alexsandrov.leonid@lenta.ru

В статье подробно описаны 2 случая тромбоза и тромбоза яичниковых вен в послеродовом периоде у пациенток после самопроизвольных и оперативных родов с клинической картиной, дифференциальной диагностикой и лечебной тактикой. Этот патологический процесс — достаточно редкое, труднодиагностируемое и серьезное осложнение послеродового периода, которое может иметь самые неблагоприятные исходы.

Ключевые слова: яичниковая вена; послеродовый период; тромбоз; тромбоз яичниковых вен; осложненная беременность.

Для цитирования: Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2014; 1 (2): 50—54.

RARE THROMBOTIC COMPLICATIONS IN OBSTETRICAL PRACTICE

Ishchenko A.I., Aleksandrov L.S., Nikonov A.P., Kharnas S.S., Sokolina I.A., Kapitilnyi V.A., Belova A.V.

I.M. Setchenov First Moscow Medical University, Moscow, Russia, 119991

Address for correspondence: alexsandrov.leonid@lenta.ru, Aleksandrov L.S.

Two cases with ovarian vein thrombosis and thrombophlebitis during the postpartum period in patients after spontaneous and surgical deliveries are presented. The clinical picture, differential diagnosis, and therapeutic strategy are described in detail. This pathological process was a rather rare serious complication of the postpartum period, difficult to diagnose, fraught with unfavorable outcomes.

Key words: ovarian vein; postpartum period; thrombosis; thrombophlebitis; pregnancy complication.

Citation: Arkhiv Akusherstva i Ginekologii im. V.F. Snegiryova. 2014; 1 (2): 50—54. (In Russ.)

Тромбоз яичниковой вены — редкое, но потенциально серьезное осложнение, ассоциированное с различными состояниями, наиболее часто с недавно произошедшими родами, а также с воспалительными заболеваниями, злокачественными процессами и операциями, проведенными в полости малого таза [1, 2]. Распространенность тромбоза яичниковых вен составляет от 0,05 до 0,16% от всех беременностей, закончившихся рождением живого плода [3, 4]. Тромбоз яичниковой вены может распространиться на ренальную вену и нижнюю полую вену, создавая предпосылки для возникновения тромбоза легочной артерии [5]. По данным литературы, частота тромбоза легочной артерии при послеродовом тромбозе яичниковых вен составляет от 13 до 33%, причем 4% случаев заканчиваются летальным исходом [1, 2, 4, 6].

Началом левой яичниковой вены (ЛЯВ) является гроздевидное сплетение (plexus rampaniformis), состоящее из 3–6 тонких венозных сосудов. Сформированная из данного сплетения ЛЯВ переходит на заднюю стенку брюшной полости, пересекая общую подвздошную артерию. Забрюшинно ЛЯВ располагается на малой по-

ясничной мышце, медиальнее находится мочеточник. Далее она пересекается с п. genitofemoralis и левым мочеточником на уровне L_{III}–L_{IV}, располагаясь медиальнее последнего. ЛЯВ впадает в левую почечную вену под прямым углом. Диаметр ЛЯВ в норме не более 0,4 см. Одноствольная вена встречается в 83% случаев, удвоенная — в 17%. ЛЯВ в 23% случаев снабжена клапанами, расположенными преимущественно в приустьевом отделе вены [1, 7].

Истоками правой яичниковой вены (ПЯВ) также являются вены гроздевидного сплетения. Далее ПЯВ располагается забрюшинно на малой поясничной мышце, пересекая общую подвздошную артерию. В этой зоне мочеточник находится медиальнее вены, выше вена пересекает мочеточник на уровне L_{IV}–L_V, восходит к нижней полой вене медиальнее мочеточника и впадает в нижнюю полую вену под острым углом на разных уровнях. Диаметр вены обычно не превышает 0,3 см. Двуствольная вена встречается не чаще 7% случаев. Клапанный аппарат в ПЯВ встречается реже (12%), чем в левой гонадной вене, локализован в приустьевом отделе и представлен одним клапаном [1, 7].

Факторы, способствующие тромбозу яичниковых вен при беременности, представлены классической триадой Вирхова:

- активация факторов коагуляции и стимуляции агрегации тромбоцитов, характерные для беременности и послеродового периода;
- замедление тока крови (в течение беременности диаметр яичниковых вен возрастает в 3 раза, емкость вен увеличивается в 60 раз и несостоятельность клапанов резко усугубляется);
- повреждение стенки сосуда (например, предрасполагающим фактором повреждения интимы может служить внутриматочная бактериальная инфекция).

Симптомы заболевания типичны: острое начало, как правило, в первые 4 сут после родов, озноб, лихорадка и боль внизу живота, часто иррадиирующие в поясницу [5, 8]. Тромбоз наиболее часто происходит в бассейне ПЯВ с характерной болью в правом нижнем квадранте живота [9, 10]. Более частая распространенность правостороннего поражения обусловлена декстропозицией беременной матки, в результате которой возникает компрессия ПЯВ и ретроградный кровоток в ЛЯВ, а также особенностями клапанного аппарата вены [5, 11–13].

Однако в некоторых случаях эпизоды острого тромбоза и тромбоза яичниковых вен могут протекать бессимптомно или иметь атипичную клиническую картину, что создает значительные трудности для диагностики данных состояний [14–17]. В связи с этим приводим 2 клинических наблюдения.

Пациентка М., 25 лет, поступила в акушерское отделение с диагнозом: беременность 38–39 нед, головное предлежание, двусторонние вправимые паховые и пупочная грыжи, бессимптомная бактериурия, анемия.

Анамнез: детские инфекции (корь, краснуха, ветряная оспа, коклюш), двусторонние вправимые паховые и пупочная грыжи. Гинекологический анамнез не отягощен. Беременность вторая. Первая беременность 4 года назад закончилась искусственным абортom в сроке 5 нед. Без осложнений. Первый триместр данной беременности протекал без осложнений. Во II триместре, 22 нед беременности, диагностированы двусторонние вправимые паховые и пупочная грыжи. Третий триместр осложнился развитием анемии (Hb 88 г/л), бессимптомной бактериурией. По поводу выявленной хирургической патологии пациентка консультирована хирургом, ей рекомендовано абдоминальное родоразрешение.

При поступлении состояние пациентки оценено как удовлетворительное, жалоб нет. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Матка при пальпации возбудимая, безболезненная. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. При осмотре: наружные половые органы без особенностей. Шейка матки длиной до 1,5–2 см, центрирована, умеренно

размягчена. Цервикальный канал проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел, предлежит головка, над входом в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Ультразвуковое исследование (УЗИ): в полости матки 1 живой плод, размеры плода пропорциональны, соответствуют сроку беременности. Сердцебиение плода ритмичное, до 140 уд/мин. Плацента II–III степени зрелости. Предполагаемая масса плода 3416 г. Количество вод нормальное. Нарушений маточно-плацентарного и плодового кровотока не выявлено.

КТГ-мониторинг: патологии не выявлено.

Принимая во внимание наличие двусторонних вправимых паховых и пупочной грыж, а также рекомендации хирурга, пациентку решено родоразрешить путем кесарева сечения в плановом порядке. Проведена симультанная операция: поперечное надлобковое чревосечение; кесарево сечение в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом; пластика пупочного кольца и внутреннего пахового кольца слева.

Со 2-х суток послеоперационного периода у роженицы отмечено появление интермиттирующей лихорадки с максимальным подъемом температуры тела в вечерние и ночные часы до 39 °С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Молочные железы мягкие, безболезненные, явлений лактостаза нет. Язык чистый, не обложен. Живот при пальпации мягкий, равномерно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в области оперативного вмешательства. Перитонеальная симптоматика отсутствует. Матка плотная, безболезненная, соответствует сроку послеродового периода. Заживление швов первичным натяжением. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные. При влажалищном исследовании: шейка матки до 2 см, сформирована, наружный зев пропускает кончик пальца; тело матки увеличено до 15–16 нед, плотное, подвижное, безболезненное; придатки матки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненная; своды свободные, инфильтратов в малом тазу нет.

По данным УЗИ, тело матки размером 190×70×110 мм, контуры ровные, структура миометрия однородная; полость до 5 мм содержит кровь; область послеоперационного шва без особенностей, свободной жидкости в малом тазу не обнаружено. УЗИ почек патологии не выявило.

На 7-е сутки послеоперационного периода получены результаты культурального исследования: посев из полости матки — роста нет, посев мочи — роста нет.

Таблица 1. Динамика показателей крови

Период	Лейкоциты, ·10 ⁹	Эритроциты, ·10 ⁶	Гемоглобин, г/л	Палочкоядерные нейтрофилы, %	СОЭ, мм/ч
До операции	5,27	3,23	88	2	58
2-е сутки	11,7	2,92	83	–	–
3-и сутки	13,68	3,33	90	4	58
5-е сутки	11,7	3,14	89	–	–
7-е сутки	12,47	3,67	100	8	64
9-е сутки	7,82	3,2	97	11	70

Таблица 2. Динамика показателей коагулограммы

Показатель	Результат					Норма
	до операции	1-е сутки	3-и сутки	7-е сутки	9-е сутки	
АЧТВ	0,94	0,97	0,96	1,13	1,03	0,75–1,25
Протромбиновый индекс, %	96	101	96	90	87	85–100
Фибриноген, г/л	4,92	4,27	4,92	7,59	7,39	1,8–4,5
Растворимые комплексы фибрин-мономеров	0,380	0,480	0,420	0,180	0,800	0,350–0,470
Агрегация тромбоцитов, индуцированная АДФ, %	29	31	54	27	28	26–86
Агрегация тромбоцитов, индуцированная коллагеном, %	82	70	80	71	74	80–100%

Биохимический анализ крови: снижение содержания сывороточного железа (4,4 ммоль/л), выраженное повышение С-реактивного белка до 161 мг/л при норме 0–10 мг.

Рентгенограмма легких: без патологии.

Динамика основных показателей крови приведена в табл. 1. На фоне нормальных показателей красной крови отмечается умеренное увеличение количества лейкоцитов и незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы на фоне выраженного повышения СОЭ.

Динамика показателей свертывающей системы крови приведена в табл. 2. На фоне повышения содержания фибриногена данные показатели находились в пределах референтных значений.

Учитывая высокую вероятность развития эндометрита, со 2-х суток начата эмпирическая антибактериальная терапия амоксициклом 1,2 г 3 раза в сутки внутривенно, а также противовоспалительная и инфузионная терапия. На 6-е сутки в связи с неэффективностью проводимой антибактериальной терапии проведена смена антибактериальных препаратов: цефтриаксон 2,0 г внутривенно, метрогил 500 мг 2 раза внутривенно.

В течение всего послеоперационного периода общее состояние пациентки оставалось удовлетворительным на фоне продолжающейся лихорадки.

На 9-е сутки послеоперационного периода, принимая во внимание продолжающуюся гипертермию, отрицательные результаты культурального исследования, отсутствие видимой патологии со стороны органов брюшной полости и грудной клетки по данным УЗ-сканирования и рентгенографии, решено провести компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости.

Компьютерная томография брюшной полости: на серии аксиальных томограмм в правом забрюшинном пространстве, от уровня верхнего края L_{III} до S_{Iv}, между нижней полой веной (медиально), правой почкой (латерально), поясничной мышцей (сзади) и фасцией Герота (спереди) на протяжении 15–17 см определяется выраженное уплотнение клетчатки с наличием мелких жидкостных включений размером до 1,5 см (рис. 1). После внутривенного усиления отмечается появление гиперваскулярного ободка вокруг жидкостных включений, что характерно для абсцесса. Правый мочеточник

прослеживается на всем протяжении, не изменен. Сосудистая ножка правой почки дифференцирована, дефектов контрастирования сосудов не обнаружено. Контуры почки четкие. Матка увеличена до 10,0×8,5 см, с четкими контурами, миометрий однородной эхоструктуры. Окружающая клетчатка структурна. По остальным органам патологии не выявлено. Заключение: КТ-картина инфильтрации забрюшинной клетчатки

справа с наличием мелких абсцессов.

Больная была консультирована хирургом. Принимая во внимание наличие воспалительного инфильтрата забрюшинной клетчатки, не совсем ясную клиническую картину заболевания, дальнейшее лечение решено продолжать в условиях хирургического стационара, куда пациентку перевели в экстренном порядке.

При поступлении в хирургическое отделение: общее состояние больной средней тяжести, положение больной активное. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Молочные железы мягкие, безболезненные, явлений лактостаза нет. Язык сухой, не обложен. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания всеми отделами. В надлобковой области имеется поперечный рубец, заживший первичным натяжением. При пальпации живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в правой паховой области. Симптомов раздражения брюшины нет.

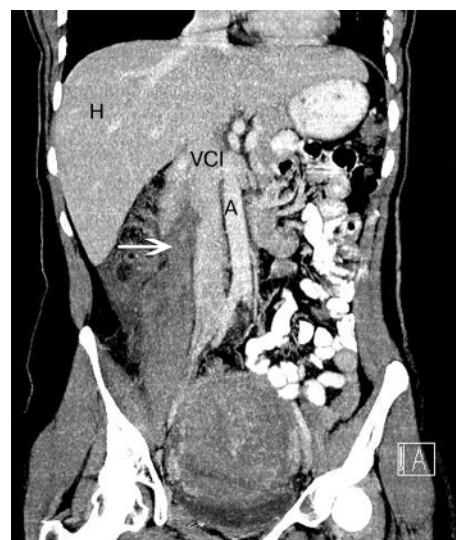


Рис. 1. КТ с внутривенным контрастированием, венозная фаза исследования.

Реконструкция изображения во фронтальной плоскости (описание дано в тексте). Стрелкой показана тубулярная структура пониженной плотности, практически не накапливающая контрастный препарат. Клетчатка вокруг незначительно инфильтрирована.

H — печень, VCI — нижняя полая вена, A — аорта.



Рис. 2. КТ с внутривенным контрастированием, нативная фаза исследования.

Аксиальный срез на уровне тела матки: в нижней трети полости матки визуализируется жидкая кровь (стрелка).

Проведено КТ органов брюшной полости в экстренном порядке. В забрюшинном пространстве справа от уровня ворот почки до слепой кишки определяется зона неоднородной, несколько пониженной плотности с мелкими плотными включениями, размером 40×130 мм, прилежащая к *mm. psoas* и *ileopsoas*, клетчатка вокруг незначительно инфильтрирована. Также определяется распространение образования от задней стенки слепой кишки к правому ребру матки размером 38×73 мм, в брыжейке слепой кишки определяются немногочисленные лимфатические узлы размером до 7 мм. Аппендикс не визуализируется. Забрюшинные лимфатические узлы не увеличены. Свободной жидкости в брюшной полости нет. По другим органам без патологии. Заключение: КТ-картина может соответствовать аппендикулярному инфильтрату забрюшинной локализации.

Принимая во внимание результаты повторной КТ, возможное наличие у больной аппендикулярного инфильтрата (формирующегося абсцесса?), решено произвести лапаротомию в экстренном порядке, вопрос об объеме вмешательства решить интраоперационно.

Под интубационным наркозом косо-переменным разрезом по Волковичу–Дьяконову длиной 10 см в правой подвздошной области послойно вскрыта брюшная полость. При ревизии: в брюшной полости незначительный выпот — прозрачный, без запаха. Матка умеренно увеличена, послеоперационный шов на матке без особенностей, придатки с обеих сторон не изменены. В рану выведен купол слепой кишки. Аппендикс расположен ретроцекально, размером 10×1×1 см, колбовидно расширен в области верхушки, брыжейка его умеренно отечна. Стенка отростка отечна, гиперемирована, с инъецированными сосудами, диаметр у основания около 1 см. От основания правой воронко-тазовой связки определяется плотный тяж, до 3 см в диаметре, идущий забрюшинно к воротам правой почки и нижней полой вене. Вскрыта париетальная брюшина над тяжем. При этом установлено, что тяж представлен отечной серо-розовой тканью. Участок ткани иссечен для гистологического исследования. При этом пересечен тромбированный сосуд диаметром 3–4 мм (ПЯВ?) При

ревизии 100 см дистального отдела подвздошной кишки патологии не выявлено.

Хирургический диагноз: тромбофлебит ПЯВ, острый катаральный аппендицит.

Произведено: аппендэктомия, туалет и дренирование брюшной полости.

Гистологическое исследование: 1) простой аппендицит; 2) жировая клетчатка с крупной веной с облитерирующим смешанным тромбом.

В послеоперационном периоде проводили терапию антикоагулянтами (клексан 0,4 мл), а также антибиотиками (ципрофлоксацин 200 мг 2 раза в сутки внутривенно и метронидазол 500 мг 2 раза в сутки внутривенно), на фоне которой в течение 5 сут сохранялись подъемы температуры тела до 38,5 °С. С 5-х суток цiproфлоксацин заменили на цефепим 200 мг 2 раза в сутки внутривенно, амикацин 1000 мг внутривенно. В течение последующих 3 сут температура тела нормализовалась. При контрольном УЗИ установлено, что свободной жидкости в малом тазу нет, инфильтрат не определяется. Швы сняты на 6-е сутки. Заживление первичным натяжением. Пациентка переведена в акушерскую клинику, откуда выписана в удовлетворительном состоянии вместе с ребенком.

Пациентка Г., 37 лет, поступила в акушерское отделение с диагнозом: беременность 40–41 нед, головное предлежание, I период родов, миопия высокой степени, состояние после хирургической коррекции, варикозное расширение вен нижних конечностей. Из анамнеза: детские инфекции, миопия высокой степени, в связи с чем проведена хирургическая коррекция. Гинекологический анамнез: не отягощен. Беременность



Рис. 3. КТ с внутривенным контрастированием, венозная фаза исследования.

Реконструкция изображения в сагиттальной плоскости: по внутреннему контуру задней стенки матки визуализируются 2 гиперваскулярных узла (стрелки) округлой формы с достаточно четкими контурами.

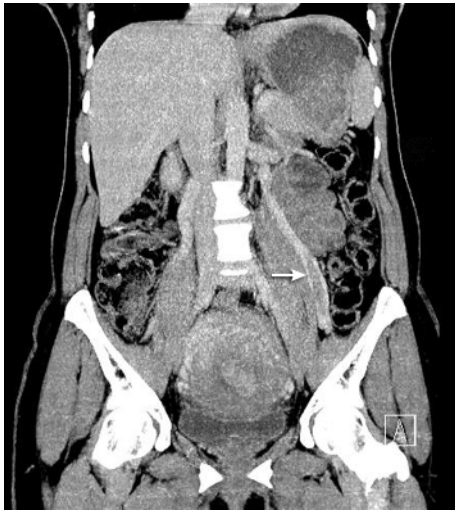


Рис. 4. КТ с внутривенным контрастированием, венозная фаза исследования.

Реконструкция изображения во фронтальной плоскости: от ворот левого яичника до уровня L_{IV} определяется дефект контрастирования ЛЯВ на протяжении около 10 см (стрелка). Пристеночный кровоток сохранен. Просвет вены на уровне тромбоза расширен.

вторая, роды вторые. Первая беременность закончилась срочными родами (ребенок массой тела 3870 г и длиной тела 52 см), без осложнений. Данная беременность протекала без осложнений.

Течение данных родов без особенностей, родилась живая девочка массой тела 3830 г, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Продолжительность родов 5 ч. Послеродовый период протекал удовлетворительно. Клинические анализы крови и мочи без существенных отклонений от нормы. На 3-и сутки контрольное УЗИ показало: размеры матки 140×75×145 мм, контуры ровные. Полость матки расширена до 40 мм, содержит кровь, сгустки. В полости матки по задней стенке ближе к дну определяются 2 гиперваскулярных изоэхогенных образования диаметром 23 и 20 мм, деформирующих полость матки. С целью дифференциальной диагностики между субмукозной миомой матки и остатками плацентарной ткани решено выполнить КТ.

По данным КТ, матка расположена срединно, ее размеры 14,5×7,1×15 см. Контуры четкие. В нижней трети полости матки визуализируется жидкая кровь (рис. 2). После внутривенного контрастирования слева от средней линии по внутреннему контуру задней стенки матки визуализируется 2, расположенных рядом гиперваскулярных узла округлой формы, размерами 18 и 22 мм, с достаточно четкими контурами (рис. 3).

Определяется дефект контрастирования ЛЯВ на протяжении около 10 см (от ворот яичника до L_{IV}) (рис. 4). Пристеночный кровоток сохранен. Просвет вены на уровне тромбоза расширен максимально до 16 мм, дистальнее тромбоза ширина просвета не превышает 10 мм.

Консультация ангиохирурга: у больной имеется тромбоз ЛЯВ в стадии реканализации. Специальной терапии не требуется.

Больная выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. Врачам акушерам-гинекологам необходимо помнить о возможности развития такого серьезного осложнения, как тромбоз яичниковых вен.

2. Тромбофлебиты яичниковых вен не имеют типичной картины, что значительно затрудняет диагностику данного осложнения беременности.

3. Тромбозы в бассейне яичниковых вен могут протекать бессимптомно и, вероятно, самопроизвольно разрешаться. Возможно, в связи с этим имеющиеся статистические данные не являются полными и требуют уточнения.

4. Наиболее эффективным методом диагностики тромбоза яичниковых вен в послеродовом периоде является КТ с внутривенным контрастированием.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. AbuRahma A.F., Stone P.A. Venous thrombosis treatment. In: Rakel R.E., Bope E.T., eds. *Conn's Current Therapy 2005*. Philadelphia: WB Saunders; 2005: 424–8.
2. Callen P.W. *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*. 4th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 2000: 873–4.
3. Dunnihoo D.R., Gallaspy J.W., Wise R.B., Otterson W.N. Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review. *Obstet. Gynecol. Surv.* 1991; 46: 415–27.
4. Giraud J.R., Poulain P., Renaud-Giono A., Darnault J.P., Proudhon J.F., Grall J.Y. et al. Diagnosis of post-partum ovarian vein thrombophlebitis by color Doppler ultrasonography: about 10 cases. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1997; 76 (8):773–8.
5. González-Bosquet E. Ovarian vein thrombosis. Risk factors, diagnosis and treatment. *Medicina (B. Aires)*. 2009; 69 (3): 347–9.
6. Johnson A., Wietfeldt E.D., Dhevan V., Hassan I. Right lower quadrant pain and postpartum ovarian vein thrombosis. Uncommon but not forgotten. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2010. 281 (2): 261–3.
7. Kominarek M.A., Hibbard J.U. Postpartum ovarian vein thrombosis: an update. *Obstet Gynecol Surv.* 2006; 61 (5): 337–42.
8. Kubik-Huch R.A., Hebisch G., Huch R., Hilfiker P., Debatin J.F., Krestin G.P. Role of duplex color Doppler ultrasound, computed tomography, and MR angiography in the diagnosis of septic puerperal ovarian vein thrombosis. *Abdom. Imag.* 1999; 24 (1): 85–91.
9. Leizorovicz A., Cohen A.T., Turpie A.G., Olsson C.G., Vaitkus P.T., Goldhaber S.Z. Medical Thromboprophylaxis Study Group. Randomized, placebo-controlled trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. *Circulation*. 2004; 110: 874–9.
10. Marcovici I., Goldberg E. Ovarian vein thrombosis associated with Crohn's disease: a case report. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000;182 (3): 743–4.
11. Takach T.J., Cervera R.D., Gregoric I.D. Ovarian vein and caval thrombosis. *Tex. Heart Inst. J.* 2005; 32 (4): 579–82.
12. Prieto-Nieto M.I., Perez-Robledo J.P., Rodriguez-Montes J.A., Garcı-Sancho-Martin L. Acute appendicitis-like symptoms as initial presentation of ovarian vein thrombosis. *Ann. Vasc. Surg.* 2004; 18: 481–3.
13. Quane L.K., Kidney D.D., Cohen A.J. Unusual causes of ovarian vein thrombosis as revealed by CT and sonography. *Am. J. Roentgenol.* 1998; 171 (2): 487–90.
14. Salomon O., Apter S., Shaham D., Hiller N., Bar-Ziv J., Itzchak Y. et al. Risk factors associated with postpartum ovarian vein thrombosis. *Thromb. Haemost.* 1999; 82 (3): 1015–9.
15. Schwarz R.E., Johnson R.R. Septic ovarian vein thrombophlebitis: a surgical disease that should be treated without operation. *Eur. J. Surg.* 1996; 162:587–8.
16. Semba C.P., Dake M.D. Catheter-directed thrombolysis for iliofemoral venous thrombosis. *Semin. Vasc. Surg.* 1996; 9: 26–33.
17. Zuckerman J., Levine D., McNicholas M.M., Konopka S., Goldstein A., Edelman R.R. et al. Imaging of pelvic postpartum complications. *AJR Am. J. Roentgenol.* 1997; 168 (3): 663–8.

Поступила 27.01.14
Received 27.01.14