

Е.П. Иванова, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Е.В. Дерягин, Н.В. Канюшкин**АКТИВИЗАЦИЯ МЫШЕЧНО-ВЕНОЗНОЙ ПОМПЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
ПРИ ОККЛЮЗИВНЫХ ТРОМБОЗАХ****ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Благовещенск)****АКТУАЛЬНОСТЬ**

Частота острого венозного тромбоза в общей популяции ежегодно составляет 50 – 70 новых случаев заболевания на 100 000 населения. В пожилом и старческом возрасте частота острой венозной окклюзии возрастает в несколько раз (до 200 случаев на 100 000 населения в год). Тяжесть посттромботической болезни прямо пропорциональна протяженности поражения венозного русла.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений от 27.11.2009 (Москва): «до инструментального обследования больным с ТГВ должен быть предписан строгий постельный режим для снижения риска ТЭЛА. После обследования пациенты с окклюзивными и пристеночными формами венозного тромбоза сразу могут быть активизированы». В жизни многие хирурги при окклюзивных тромбозах назначают строгий постельный режим с возвышенным положением конечности в течение 7 – 14 дней.

При окклюзивном характере тромбоза магистральной вены мы всем пациентам при госпитализации в клинику назначаем активный палатный режим, госпитальный эластический трикотаж, разрешаем (заставляем) ходить.

На начальной стадии заболевания, при наличии определенной толерантности к физической нагрузке пациентам с острым тромбозом в системе нижней полой вены рекомендуем чередование ходьбы с постуральным дренажем. Сигналом к необходимости отдыха в горизонтальном положении считаем возникновение распирающих болей в конечности. Подобный двигательный режим способствует не только скорейшей активизации больного, но и снижает риск рецидива тромбоза из-за регулярной работы мышечно-венозной помпы голени. Кроме того, проведенные исследования показали, что активизация пациента достоверно не увеличивает частоту легочной эмболии [Кириенко А.И.].

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение 2011 года в условиях муниципальной больницы ультразвуковое исследование бассейна нижней полой вены позволило выявить окклюзивный венозный тромбоз у 185 больных в послеоперационном периоде. Большинство пациентов (122) были активизированы с первых часов от момента госпитализации, 63 больных находились на постельном режиме в связи с костной травмой нижних конечностей (переломы шейки и диафизов бедра). Применение активного режима позволило избежать развития массивной ТЭЛА в этой группе пациентов. Клиника острой венозной обтурации регрессировала у 112 (92 %) пациентов к моменту выписки из стационара. Дальнейшая амбулаторная реабилитация позволила добиться стойкой компенсации венозного застоя у 107 (87 %) человек.

ВЫВОДЫ

Применение активного режима в лечении острой венозной окклюзии не увеличивает число тромбоэмболических осложнений, позволяет избежать тяжелых форм посттромботической болезни.

Назначение строгого постельного режима в остром периоде окклюзивного тромбоза в настоящее время недопустимо.

Е.П. Иванова, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Н.В. Канюшкин, Е.В. Дерягин**ФЛОТИРУЮЩИЙ ТРОМБОЗ СУПРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ,
ТАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ****ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Благовещенск)****АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**

Флотирующий венозный тромбоз супраренального отдела нижней полой вены неизбежно приводит к тромбозам бассейна легочных артерий.

Цель исследования: улучшение результатов лечения флотирующего тромбоза на уровне супраренального отдела нижней полой вены.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Применяемые доступы к подвздошным и нижней полой вене травматичны и не всегда обеспечивают выполнение адекватной временной интраоперационной окклюзии надпочечного сегмента нижней полой вены. Чаще всего используется доступ по Пирогову, срединная лапаротомия, лапаротомия в правом подреберье по Федорову, реже торакофренолюмботомия справа.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Мы имеем опыт лечения 112 венозных тромбозов илеокавального сегмента. В случаях распространения флотирующего тромба на супраренальный отдел нижней полой вены 23 пациентам произведена тромбэктомия флотирующего участка тромба из супраренального отдела нижней полой вены, с последующей перевязкой общей подвздошной вены выше окклюзивного тромба в ней. Для этого применен лоскутообразный внебрюшинный доступ к нижней полой вене, с целью временной ее окклюзии, для предупреждения отрыва тромба во время вмешательства (патент на изобретение № 2188586 от 22.02.00. «Способ доступа к супраренальному отделу нижней полой вены»). У 3-х пациентов флотирующий тромб был фиксирован в инфраренальном отделе с флотацией, продолжающейся до правого предсердия. Выполнялась операция тромбэктомия через ушко правого предсердия в условиях временной окклюзии легочного ствола и тромбэктомия из нижней полой вены. У всех 23 пациентов удалось избежать развития массивной тромбоэмболии легочных артерий. Два пациента погибли от прогрессирующей легочной недостаточности в результате сегментарной и долевой тромбоэмболии легочных артерий.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Учитывая нетранспортабельность пациентов с эмбологенными венозными тромбозами, адекватное оперативное лечение, предупреждающее отрыв тромба должно быть выполнено в любом хирургическом стационаре. Применяемые доступы к подвздошным и нижней полой вене травматичны и не всегда обеспечивают выполнение адекватной временной интраоперационной окклюзии надпочечного сегмента нижней полой вены.

В случае распространения тромботического процесса на бассейн супраренального отдела нижней полой вены поперечный и лоскутообразный доступы позволяют надежно и адекватно выполнить тромбэктомию, избежать развития интраоперационной тромбоэмболии легочной артерии. При развившейся во время операции массивной тромбоэмболии легочной артерии бригада хирургов должна быть готова к проведению эмбоэктомии из легочной артерии.

ВЫВОДЫ

Флотирующий тромбоз супраренального отдела нижней полой вены требует хирургического вмешательства, которое необходимо выполнять в любом хирургическом стационаре, учитывая нетранспортабельность этой категории больных.

Применение предложенного доступа позволяет устранить флотацию на уровне супраренального отдела нижней полой вены и избежать массивной тромбоэмболии легочных артерий.

**В.Г. Игнатьев, В.М. Михайлова, Т.С. Дягилева, А.А. Соловьев, А.Ю. Никифоров,
Л.А. Кривошапкина, И.А. Холтосунов**

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи, колопроктологическое отделение (Якутск)

Цель: изучение результатов хирургического лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За последние 6 лет, с 2006 по 2011 г., в отделении колопроктологии пролечились 129 больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Средний возраст пациентов составил 62,5 лет. Мужчин – 54 (41,8 %), женщин – 75 (58,1 %). Большинство больных (98 %) госпитализировались более чем через 48 часов после начала заболевания. У 85 % больных имелись различные сопутствующие за-