

группе. Лейкоцитоз в периферической крови снижался до нормальных значений к  $10,7 \pm 1,2$  суток в первой группе и к  $12,2 \pm 2,5$  суток во второй группе.

В более ранние сроки были отмечены клинические признаки грануляции и эпителизации при использовании низкочастотного ультразвука у больных с обширными формами гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей. Созревание полноценной грануляционной ткани было отмечено к  $14,9 \pm 1,9$  суток в первой группе и к  $18,4 \pm 2,8$  – во второй группе, а отчётливая краевая эпителизация раны отмечалась к  $17,7 \pm 2,2$  и к  $21,5 \pm 3,3$  суток от начала лечения соответственно.

Срок пребывания в стационаре больных с распространёнными формами гнойных заболеваний мягких тканей в первой и во второй группах составил  $29,5 \pm 3,1$  и  $34,5 \pm 5,2$  суток соответственно.

Таким образом, при проведении сравнительного анализа эффективности лечения больных с длительно незаживающими ранами выявлено, что применение метода низкочастотного ультразвука позволяет значительно ускорить процесс заживления ран и сократить

сроки пребывания на больничной койке в среднем на 20% с локализованными длительно незаживающими процессами и на 16% – с неограниченными длительно незаживающими процессами. Определены оптимальные условия проведения низкочастотного ультразвука в местном лечении длительно незаживающих ран, представленные в комплексе лечебных мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Горюнов С. В. Лечение больных с обширной прогрессирующей флегмоной // Хирургия. – 2005.
2. Гостищев В. К. Рациональные подходы и профилактика инфекционных осложнений в хирургии. – М.: Медицина, 1997.
3. Заживление гнойных ран мягких тканей при местном лечении / Е. А. Столяров, В. Д. Иванова, А. В. Колсанов // Хирургия. – 2003. – № 9. – С. 28–32
4. Khaitov R. M. Immunology. – М.: GEOTAR-Media Publishing Group, 2008. – 256 с.

Поступила 6.02.2013

*И. И. ПРОСТОВ, И. И. КАТЕЛЬНИЦКИЙ, О. В. КАТЕЛЬНИЦКАЯ*

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Кафедра хирургических болезней № 1*

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. Тел. (863) 250-40-75. E-mail: katelnizkji@mail.ru*

В статье приводятся отдаленные результаты лечения 248 пациентов с венозными тромбозами в системе нижней полой вены. Выбор лечебной тактики базировался на данных ультразвукового сканирования и спиральной компьютерной ангиографии грудной клетки, флебографии. Всем пациентам проводилась дифференцированная антикоагулянтная терапия. При выборе вида терапии учитывали различные факторы риска, в том числе наличие врожденной тромбофилии. У пациентов с адекватно подобранным уровнем международного нормализованного отношения получены наиболее лучшие отдаленные результаты лечения.

*Ключевые слова:* венозные тромбозомболические осложнения, лечение, антикоагулянты.

*I. I. PROSTOV, I. I. KATELNITSKY, O. V. KATELNITSKAYA*

## THE LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF THROMBOSIS OF DEEP VEINS OF LOWER EXTREMITIES AND THEIR COMPLICATIONS

*Chair of surgical diseases № 1 GBOU VPO «Rostov state medical university» Minzdravsotsrazvitiya of Russia, Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevansky in., 29. Tel. (863) 250-40-75. E-mail: katelnizkji@mail.ru*

The article presents the long-term results of treatment of 248 patients with venous thrombosis in the system of the vena cava inferior. The choice of treatment tactics based on the data of ultrasound scanning and spiral computer angiography chest, phlebography. All patients had differentiated anticoagulant therapy. In selecting the type of therapy take into account the various risk factors, including the presence of congenital thrombophilia. In patients with adequately chosen level of international normalized ratio obtained the best long-term results of treatment.

*Key words:* venous thromboembolism, treatment, anticoagulants.

### Введение

Венозные тромбозомболические осложнения (ВТЭО), включающие тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и тромбозомболию легочной артерии (ТЭЛА), являются одной из наиболее распро-

страненных причин смерти больных. Частота возникновения ТГВ в мире ежегодно составляет 100–160 случаев на 100 000 населения, при этом частота фатальных венозных тромбозомболических осложнений, проявляющихся как ТЭЛА, составляет 60 на

100 000 населения [2, 3, 4]. На долю тромбозов в системе нижней полой вены приходится более 95% всех венозных тромбозов [5]. Значительный диаметр магистральных вен и интенсивный поток крови создают условия для отрыва тромба и развития ТЭЛА в 32–45% случаев. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей у большинства больных приводит к формированию посттромбофлебитической болезни (как правило, тяжелые формы хронической венозной недостаточности) и постэмболической легочной гипертензии, что приводит к снижению трудоспособности и качества жизни больных [2, 6]. Поэтому вопросы своевременной диагностики и адекватного лечения являются актуальными [1, 2, 4].

Целью работы является оценка отдаленных результатов диагностики и лечения венозных тромбозомболических осложнений.

### Методика исследования

Под нашим наблюдением находились 248 больных с тромботическим поражением глубоких вен нижних конечностей, обратившихся за помощью в отделение сосудистой хирургии РостГМУ в период с 2008 по 2010 год.

Среди пациентов преобладали женщины – 176 (71%), мужчин – 72 (29%). Возраст колебался от 23 до 82 лет. Преобладали пациенты старших возрастных групп (более 50 лет) – 169 (68%) человек. Это связано с наибольшим распространением у этих больных различных факторов риска. Идиопатический флеботромбоз выявлен у 54 (21,8%) больных, травматический генез флеботромбоза выявлен у 51 (20,6%) больного, генетические дефекты (дефициты антитромбина III, протеинов C/S, лейденовская мутация V фактора, гипергомоцистеинемия, повышенное содержание фактора VIII и др.) – у 8 (3,2%) больных, предшествующая операция – у 37 (14,9%) больных, онкопатология – у 35 (14,1%) больных, беременность и роды – у 24 (9,7%) больных, терапия гормональными препаратами – у 19 (7,6%) больных, другие причины – у 20 (8,1%) больных. Сочетание двух и более факторов риска наблюдалось у 54 (22%) больных.

При поступлении всем больным выполнялось ультразвуковое дуплексное исследование (УЗДИ) нижней полой вены и вен нижних конечностей. Флебографическое обследование проводили только при локализации тромба в илеокавальном сегменте и неадекватных данных ультразвукового дуплексного обследования о характере верхушки тромба. Различные оперативные вмешательства выполнены 68 пациентам с наличием эмболоопасного тромбоза. Всем больным проведено лечение с использованием различных антикоагулянтов. Для оценки выраженности посттромбофлебитического синдрома (ПТФС) использовали шкалу Villalta.

### Результаты исследования

При ультразвуковом дуплексном исследовании подозрение о наличии эмбологенного тромба возникло у 68 (27,4%) человек. У 14 пациентов флотирующий тромб локализовался в нижней полой вене (НПВ), у 28 – в подвздошном сегменте, у 16 – в бедренном сегменте и у 10 больных – в берцово-подколенном сегменте. Флебографическое исследование выполнено 19 (14,9%) больным с локализацией тромба в полой и подвздошной венах. Наличие эмбологенного тромбоза подтверждено у всех пациентов.

При хирургическом лечении отмечалось полное совпадение флебографических данных с интраоперационной картиной. Ультразвуковые данные различались с интраоперационными находками у 5 больных. Это касалось локализации тромба, что, возможно, связано с нарастанием тромбоза в проксимальном направлении за время наблюдения.

Хирургические вмешательства выполнены 68 больным с эмбологенными тромбами: имплантация кава-фильтра произведена 12 (17,7%) пациентам, тромбэктомия с имплантацией кава-фильтра – 7 (10,3%) (у одного больного в сочетании с катетерной тромбэктомией из полой вены через яремный доступ в связи с флотацией тромба выше уровня почечных вен), илеопликация – 4 (5,9%), кава-пликация – 1 (1,4%), тромбэктомия из бедренно-подколенного сегмента с пликацией бедренной вены – 44 (64,7%) больным. Одновременно производилась антикоагулянтная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (клексан, фраксипарин). Летальный исход развился у одного больного с тромбозом нижней полой вены на фоне паранеопластического синдрома и ДВС. У 1 больного возник ретромбоз после тромбэктомии из подвздошной вены. У больных с флотирующими тромбами бедренно-подколенного сегмента ретромбозы произошли в 5 случаях. Во всех случаях это были пациенты с онкопатологией. Таким образом, различные осложнения возникли у 11,7% оперированных больных.

Симптомная тромбоземболия мелких ветвей легочной артерии произошла у 7 (2,8%) больных. Среди этих пациентов ультразвуковые данные о флотирующем характере тромба были зарегистрированы только у 5 больных. У 2 больных тромбоз по данным первичного УЗДИ имел окклюзирующий характер, однако симптомная тромбоземболия произошла, что, возможно, связано с прогрессированием тромбоза и неадекватной антикоагулянтной терапией. Массивной фатальной тромбоземболии не наблюдалось.

Среди 180 больных с окклюзирующими флеботромбозами у 58 (32%) была выполнена спиральная компьютерная ангиография (СКТ) грудной клетки. Оказалось, что бессимптомная ТЭЛА выявлена у 30 больных (52%).

Всем больным с флеботромбозами в системе нижней полой вены проводилась антикоагулянтная терапия преимущественно препаратами низкомолекулярных гепаринов. Геморрагические осложнения в виде носового кровотечения отмечены у 1 (0,4%) пациента, кишечное кровотечение – у 1 (0,4%) больного, подкожные гематомы – у 3 (1,2%) больных. В 3 случаях антикоагулянты были отменены, в остальных доза их снижена. Показаний для переливания препаратов крови не было.

Все больные, за исключением 12 (4,8%) больных с лейденовской аномалией, были переведены на непрямые антикоагулянты (варфарин, синкумар). Терапия непрямыми антикоагулянтами назначалась не менее чем на 6 месяцев у больных с флеботромбозами без ТЭЛА и имплантации кава-фильтра. У пациентов с имплантированными кава-фильтрами непрямыми антикоагулянты назначены пожизненно. В одном случае у пациентки с лейденовской аномалией и установленным кава-фильтром назначено сочетание клопидогреля и аспирина (при 2-летнем наблюдении рецидива тромбоза нет). Пациентам с симптомной и асимптомной ТЭЛА (всего 37 человек) антикоагулянтная терапия

назначена на срок не менее года. Явления постэмболической легочной гипертензии сохраняются у 2 больных (подтверждено данными эхокардиографии, СКТ-ангиографии грудной клетки).

В период от 3 до 5 лет удалось пронаблюдать 139 (56%) пациентов. Их можно условно разделить на две подгруппы: первая – 59 (42,4%) пациентов, у которых удалось подобрать и контролировать МНО; вторая – 80 (57,6%) пациентов, у которых адекватной терапии не получилось.

В первой группе удалось подобрать необходимую дозу антикоагулянта в соответствии с целевым значением международного нормализованного отношения (МНО) в интервале от 2 до 3 и контролировать МНО не реже 1 раза в месяц. Среди пациентов со значениями МНО в пределах от 2 до 3 ретромбозов в системе нижней полой вены не было. Клинически значимое кровотечение (острое желудочно-кишечное кровотечение), потребовавшее отмены антикоагулянтов и госпитализации, возникло у 1 (1,6%) больного. По результатам оценки выраженности ПТФС у 46 (78%) больных преобладала легкая степень, средняя – у 10 (17%), тяжелая – у 3 (5%).

Во второй группе в период наблюдения от 3 до 5 лет у больных значения МНО были меньше целевых, контроль показателей МНО носил эпизодический характер. Это связано с плохой оснащенностью подразделений практического здравоохранения специальными анализаторами. Ретромбозы возникли у 9 (11,3%) больных, причем в 3 случаях тромбы носили флотирующий характер, что потребовало оперативного лечения (тромбэктомии). У 3 (3,7%) больных возникли клинически значимые кровотечения (у 2 – желудочно-кишечные, у одного – мочепузырное). Значения МНО у этих больных при поступлении в urgentный стационар составляли более 5, а контроль МНО не производился в течение 2–3 месяцев. По результатам оценки выраженности ПТФС у 29 (36%) больных была легкая степень, преобладала средняя степень – у 39 (49%), тяжелая степень ПТФС – у 12 (15%) больных.

Данная статистика показывает необходимость проведения адекватной антикоагулянтной терапии и контроля за нею.

### Обсуждение

В комплекс методов диагностики ВТЭО необходимо включать УЗИ вен нижних конечностей, СКТ-ангиографию грудной клетки, а при необходимости флебографию для определения последующей лечебной тактики. Это согласуется с Российскими клиническими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозомболических осложнений, 2010 [4].

При проведении антикоагулянтной терапии необходимо ультразвуковой контроль состояния тромботических масс для избежания отсроченной тромбоэмболии. При наличии флотирующих тромбов показано экстренное оперативное вмешательство с целью профилактики ТЭЛА. По нашему мнению, адекватным вмешательством может быть тромбэктомия флотирующего сегмента тромба с последующей флебопликацией.

Данные о выраженности ПТФС при долгосрочном наблюдении показывают необходимость проведения адекватной антикоагулянтной терапии и адекватного контроля за нею. На амбулаторном этапе важен обязательный контроль над проводимой терапией непрямыми антикоагулянтами с определением МНО не реже 1 раза в месяц. Интересно исследование O. Sochor и соавт., показавшее одинаково хорошие результаты длительной варфаринотерапии при домашнем самоконтроле и контроле в специальных клиниках [7]. В связи с чем необходимо более широкое внедрение портативных анализаторов МНО.

Также при назначении антикоагулянтной терапии необходимо учитывать генетический профиль больного. У пациентов с врожденной тромбофилией возможно назначение прямых ингибиторов тромбина, дезагрегантов.

Данный комплекс мероприятий позволит снизить количество фатальных тромбоэмболий и снизить количество больных с тяжелыми формами венозной недостаточности.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган З. С. Очерки антитромботической фармакопрофилактики и терапии. – М., 2000. – 148 с.
2. Кириенко А. И., Леонтьев С. Г., Лебедев И. С., Селиверстов Е. И. Тромбозы и тромбоэмболии. Профилактика венозных тромбозомболических осложнений в хирургической практике // Consillium medicum. – 2006. – Т. 8. № 7. – С. 34–39.
3. Покровский А. В. Клиническая ангиология: Руководство для врачей / Под редакцией А. В. Покровского. – М., 2004. – 888 с.
4. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозомболических осложнений. – 2010.
5. Савельев В. С. Флебология: Руководство для врачей / Под редакцией В. С. Савельева. – М., 2001. – 664 с.
6. Goldhaber S. Z. Venous thromboembolism prophylaxis in medical patients // Trombosis and haemostasis. – 2007. – № 2. – P. 899–901.
7. Sochor O., Blustin J., Grill D., Metzger K., Wysokinski W., McBane R. Implementation of community based home INR monitoring program for management of warfarin therapy. – International angiology. – 2012. – Vol. 3, suppl. to № 3. – P. 131–132.

Поступила 12.02.2013

А. Ф. РОМАНЧИШЕН<sup>1</sup>, К. В. ВАБАЛАЙТЕ<sup>2</sup>

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗНЫХ СТРАНАХ МИРА

<sup>1</sup>ГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2;