

ОСТРЫЙ ИЛЕОФЕМОРАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Дубровщик О.И., Семёнов С.А., Плющаница А.В., Демчук М.С.
УО «ГрГМУ», УЗ «ГКБ №4» г.Гродно*

Введение. Одной из актуальных проблем современной хирургии являются острые тромбозы венозной системы. В 80% случаев тромботические поражения сосудов, являются осложнением многих болезней, травм и оперативных вмешательств. Острый тромбоз (ОТ) глубоких вен нижних конечностей (Н/К) регистрируется у 20,8% оперированных пациентов и составляет 10–15% всех тромбозов в системе нижней полой вены, а в 27% случаев может осложняться восходящим тромбозом.

Проблема лечения пациентов с тромбозом глубоких вен НК остаётся актуальной и в настоящее время. Это обусловлено преимущественным развитием венозных тромбозом у пациентов работоспособного возраста и нередко стойкой инвалидизацией вследствие формирования у 58–79% пациентов посттромбофлебитического синдром (ПТФС) нижних конечностей с резкой угрозой тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Тяжелое течение илеофemorального венотромбоза и осложнения болезни создают значительные социальные и экономические проблемы в здравоохранении. Особенностью этой патологии является так же возможный ретромбоз сосудов, частота которого составляет около 20% случаев.

Дискуссии по алгоритму эффективного лечения и профилактики осложнений при данной тяжелой патологии носят многоплановый и весьма противоречивый характер. Предлагается множество разрозненных рекомендаций. Консервативное лечение оспаривается активной хирургической тактикой. Отсутствие единых подходов к диагностике патологии влияет на выбор оптимальных методов лечения и профилактики возможных осложнений. Требуется глубокий анализ собственных результатов лечения и диагностики данной патологии, так как результаты не удовлетворяют хирургов. И на сегодняшний вопрос диагностики, лечения и профилактики послеоперационных ИФВТ разработаны и внедрены в практику хирургов. Однако, нередко в общехирургическом стационаре по экстренным показаниям госпитализируются пациенты с ИФВТ являющихся осложнением не хирургических заболеваний на фоне выполненных оперативных вмешательств в анамнезе.

Принципы профилактики определены, однако давность процесса и его причина у этих пациентов создают определённые трудности оптимальных показаний к проведению тромболитика, антикоагулянтной терапии и оперативного лечения.

Цель. Провести ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с ИФВТ, развившимся у пациентов спонтанно, без оперативных вмешательств, изучить причины тромбоза и оценить эффективность применяемого в клинике комплексного лечения этой тяжёлой патологии.

Материалы и методы: По экстренным показаниям в клинику общей хирургии с 2022 по август 2024 бригадой скорой медицинской помощи доставлено 36 пациентов с ИФВТ нижних конечностей. Женщины – 22(61,1%), мужчины – 14(38,9%) в возрасте от 23 до 69 лет. В реанимационное отделение госпитализировано 12(33,3%) пациентов, в хирургическое – 24(66,7%). За помощью пациенты обратились на 2–4 сутки после появления клинических симптомов заболевания. Врачами скорой медицинской помощи диагноз ИФВТ установлен при первичном осмотре у 25(65,2%) пациентов, у 11 (30,8%) после обследования в приёмном отделении.

Диагностический этап включал общепринятую систему объективного обследования: УЗИ артерий и вен обеих нижних конечностей с цветным доплеровским картированием, биохимические и общие анализы крови, коагулограмму, по показаниям МРТ или КТ поражённой нижней конечности, реовазограмного и измерение объёма сегментов нижних конечностей. Объективное обследование позволило установить локализацию, протяжённость тромбоза и состояние тромботических масс в сосудах.

Результаты и обсуждения. у 20 пациентов (55,6%) ИФВТ локализовался слева, у 16 (44,4%) справа. Чаще всего имели место ИФВТ развившееся на фоне сердечно-сосудистой патологии у 19 (52,8%) пациентов. В связи с длительной иммобилизацией нижней конечности в связи с переломом бедра в анамнезе, переломом тазобедренного сустава у 2 пациентов, ещё у 2 при беременности. У 5 пациентов в результате переохлаждения и травмы мягких тканей, у 2 после аденомэктомии и 2 экстирпаций матки и химиолучевой терапии. Комплексное лечение включало: постельный режим с возвышенным положением конечностей 10–12 суток. Общеклиническое: антикоагулянтная терапия, при строгом контроле гемостазиограммы. Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови внутривенное введение пентоксифиллина, реополиглюкина, нестероидные противовоспалительные средства, которые применялись местно и обще, венотоники, антибактериальная терапия.

По экстренным показаниям выполненных сосудистыми хирургами оперативные вмешательства у 4 (11,1%) пациентов в объёме – тромбэктомия из подвздошно-бедренной вены слева.

При контрольных УЗИ, через 12-14 дней отмечена внутрисосудистая реканализация тромботических масс у 76,4% пациентов. Положительный результат наблюдали у 32 пациентов, что было обусловлено реканализацией тромбов, восстановлением коллатерального кровотока в поражённой конечности.

В связи с отсутствием улучшения 4 оперированных пациентов для дальнейшего лечения были переведены в сосудистое отделение УЗ «ГУК» г. Гродно.

Осложнение наблюдались у 3 пациентов – тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии у 1 пациента, пневмонии у 2 пациентов. Летальных исходов не было.

Выводы. Применения разработанного лечебно-диагностического алгоритма с УЗ-ангиосканированием позволяет оценить состояние просвета вен, наличие в них тромботических масс и состояние тромба. Лечение ИФВТ должно начинаться как можно раньше, основой его должны являться антикоагулянтная и дезагрегантная терапия, которая должна проводиться индивидуально.

Это позволяет одновременно проводить коррекцию нарушений гемокоагулограммы, фибринолиза, реологических свойств крови и предотвратить рост тромба в любых отделах сосудистой системы, что так же способствует реканализации его в илеофemorальном венозном сегменте, предотвращает развитие тяжёлых осложнений и способствует улучшению качества жизни.

Считаем, что применяющегося в настоящее время специфическая и неспецифическая профилактика тромбэмболических осложнений должны проводиться не только в пред- и послеоперационном периоде, но и у пациентов с общесоматической патологией, относящихся к группе риска по тромбэмболическим осложнениям, хотя профилактические мероприятия у этих пациентов не исключают развитие ИФВТ, однако позволяют контролировать эту опасность.