

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН

**РОИН КОНДРАТЬЕВИЧ ДЖОРДЖИКИЯ**, докт. мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней № 2, ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

**АЙРАТ РАИСОВИЧ БЕЛЯЕВ**, главный врач Городской больницы скорой медицинской помощи № 2 г. Казани, Россия

**ВЛАДИМИР АНАТОЛЬЕВИЧ ЛУКАНИХИН**, зав отделением сосудистой хирургии Городской больницы скорой медицинской помощи № 2 г. Казани, Россия, тел. 8-987-290-40-04, e-mail: luka.kzn@mail.ru

**Эдуард Арифиллович ВЕРГАСОВ**, **Айдар Марсович АХМЕТЗЯНОВ**, **Ленар Габтелхаевич МИНДУБАЕВ**, **Аскар Климентьевич ГАДЕЕВ**, **Рустем Канифович ХАЗИЕВ**, **Тимур Ирекович МАВЛЮДОВ**, **Ляйсан Шамильевна ИСМАГИЛОВА**, **Лилия Рифкатовна НАСЫБУЛЛИНА**, **Рамиль Ренатович КАДЫРОВ**, **Сергей Вячеславович ИБРАГИМОВ**, врачи отделений сосудистой хирургии и функциональной диагностики Городской больницы скорой медицинской помощи № 2 г. Казани, Россия

**Реферат.** Статья посвящена ретроспективному анализу лечения больных с тромбозом глубоких вен (ТГВ). С 2007 по 2012 г. было пролечено 704 больных с ТГВ. 590 получали консервативное лечение. В 114 наблюдениях применялась активная эндоваскулярная или хирургическая тактика. Основным и определяющим тактику лечения методом исследования было компрессионное ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДС). Исследование показало тенденцию роста выявляемости больных с ТГВ. В группе больных с консервативным лечением умерло 5 больных, из них 4 от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и 1 от венозной гангрены. Все умершие от ТЭЛА имели окклюзивную форму ТГВ. Анализ причин летальности заставляет сомневаться в активизации больных с окклюзивными формами венозного тромбоза и рекомендовать «активный» постельный режим с постоянной лечебной гимнастикой.

**Ключевые слова:** тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии.

## FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEEP VEIN THROMBOSIS

**ROIN K. DZHORDZHIKIA**, MD, Head of the Department of Surgical Diseases № 2, Kazan State Medical University, Kazan, Russia

**AYRAT R. BELYAEV**, Chief of the City Emergency Hospital № 2, Kazan, Russia

**VLADIMIR A. LUKANIKHIN**, Head of the Department of Vascular Surgery, City Emergency Hospital № 2, Kazan, Russia, tel. 89872904004, e-mail: luka.kzn@mail.ru

**Eduard A. VERGASOV**, **Aidar M. AKHMETZANOV**, **Lenar G. MINDUBAEV**, **Askar K. GADEEV**, **Rustem K. KHAZIEV**, **Timur I. MAVLYUDOV**, **Laysan S. ISMAGILOVA**, **Lilia R. NASYBULLINA**, **Ramil R. KADYROV**, **Sergey V. IBRAGIMOV**, doctors of the departments of vascular surgery and diagnostics City Emergency Hospital № 2, Kazan, Russia

**Abstract.** The article is dedicated to a retrospective analysis of the treatment of patients with deep vein thrombosis (DVT). From 2007 to 2012 were treated 704 patients with DVT. 590 received conservative therapy. In the 114 cases used active endovascular or surgical treatment. The main and determining treatment strategy research method was compression ultrasound duplex scanning of veins. The study showed a trend of growth in detection of patients with DVT. In the group of patients with conservative therapy 5 patients died, 4 of them from pulmonary embolism (PE) and 1 from venous gangrene. All died of pulmonary embolism had occlusive form of DVT. Analysis of the causes of mortality casts doubt on the mobilization of patients with occlusive forms of venous thrombosis and to recommend «active» bed rest with a constant physiotherapy.

**Key words:** deep vein thrombosis, pulmonary embolism.

**Т**ромботическое поражение венозного русла нижних конечностей сопровождается длительным госпитальным этапом лечения, значительной инвалидизацией населения, а также нередко служит причиной летальности, связанной в основном с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). В течение месяца после выявления тромбоза глубоких вен (ТГВ) от ТЭЛА умирают 6% пациентов [2, 3]. Данное осложнение чаще всего связывают с миграцией флотирующих тромбов, в то время как окклюзионные тромбозы принято считать безопасными и в связи с этим нередко рекомендуется амбулаторное лечение [2]. Оказывая помощь по неотложной сосудистой хирургии в БСМП-2 г. Казани, нами накоплен значительный опыт лечения больных с ТГВ; наблюдения показали, что у больных с окклюзионными ТГВ также могут наблюдаться фатальные осложнения.

*Целью исследования* является ретроспективный анализ результатов лечения больных с ТГВ и выявления их особенностей.

**Материал и методы.** С 2007 по 2012 г. было пролечено 704 больных с ТГВ. Возраст больных колебался от 15 до 92 лет (средний возраст составил — 54,3 года). Из них мужчин было 349, женщин 355. Средняя продолжительность отека конечности до поступления в клинику была 8,6 дня. Распределение больных по верхнему уровню локализации тромба: нижняя полая вена — 30, общая подвздошная вена — 62, наружная подвздошная вена — 86, общая бедренная вена — 130, поверхностная бедренная вена — 146, подколенная вена — 88, вены голени — 160. В среднем больные находились на стационарном лечении 21,3 койко-дня. Основным и определяющим тактику лечения методом исследования было компрессионное ультразвуковое

дуплексное ангиосканирование (УЗДАС). В среднем за курс лечения больным проводилось 3—8 контрольных исследований. У 590 больных применялось консервативное лечение, включающее применение антикоагулянтов, дезагрегантов, флеботоников, эластическую компрессию, постельный режим и др. При выявлении флотирующего тромба, при нарастании головки последнего, применялась активная хирургическая тактика.

Фоновые заболевания, приведшие к застою крови, повреждению эндотелиальной стенки, гиперкоагуляции представлены в *табл. 1*.

Таблица 1

**Фоновые заболевания и факторы риска**

Выраженная сократительная дисфункция миокарда, ФК III	42
Заболевания легких (пневмония, ХОБЛ, бронхиальная астма и т.д.)	27
Онкологические заболевания	51
Заболевания ЦНС	48
Применение пероральных контрацептивов	60
Венозный тромбоз и/или тромбоземболия в анамнезе	39
Варикозное расширение вен нижних конечностей	125
Беременность и послеродовый период	36
Сахарный диабет	83
Травма	35
Коагулопатии	393
Послеоперационные осложнения	26
Наркомания	22

**Результаты и их обсуждение.** Проведенные исследования показывают тенденцию роста выявляемости больных с ТГВ, что, вероятно, связано с увеличением количества выполняемых ультразвуковых исследований вен нижних конечностей, возрастающей напряженностью населения и медперсонала, наличием отделения неотложной сосудистой хирургии и другими факторами (*рисунок*).

В 92 случаев при динамическом УЗДС выявился рост флотирующего тромба. В 22 случаях больные поступили с большими флотирующими тромбами. Поэтому в указанных 114 случаях прибегали к активной эндоваскулярной и хирургической тактике лечения. (*табл. 2*).

Таблица 2.

**Виды выполненных оперативных вмешательств у больных с ТГВ**

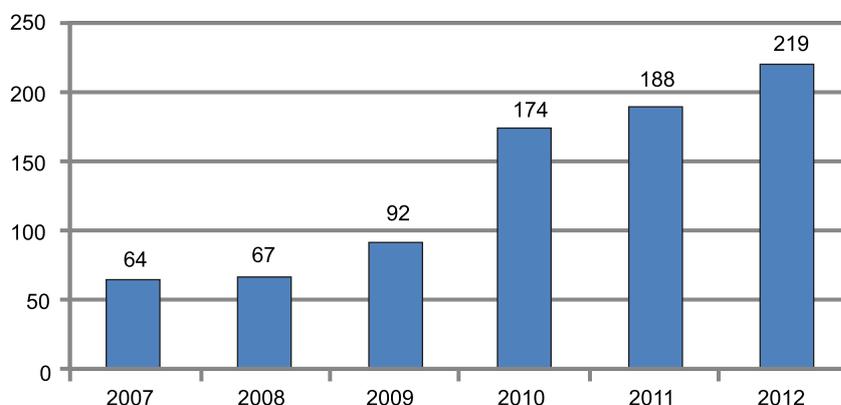
Имплантация кава-фильтра	43
Эндоваскулярная катетерная тромбэктомия	2
Паллиативная тромбэктомия из ОБВ	61
Перевязка ПБВ	5
Радикальная тромбэктомия	2
Ампутация конечностей	1
<i>Всего</i>	114

В данной группе летальных исходов не наблюдалось.

В группе больных с консервативным лечением умерло 5 пациентов. Из них 4 от ТЭЛА и 1 — от венозной гангрены (синяя флегмазия). Все умершие от ТЭЛА имели окклюзирующие тромбозы. Поэтому анализ причин летальности заставляет сомневаться в активизации больных с окклюзирующими формами венозного тромбоза. В то же время у больных с флотирующими тромбами своевременное оперативное вмешательство позволило избежать летальных исходов. В качестве примера может служить история болезни больного *Б.*, 49 лет (№ 4638-2010), которому УЗДС подтвердило окклюзию ПБВ, а через несколько минут при ходьбе произошла фатальная ТЭЛА. Диагноз был подтвержден патолого-анатомически.

Основную роль в снижении летальности в группе оперированных больных, на наш взгляд, имеет динамическое ультразвуковое наблюдение. Больным в течение лечения, проводимого в динамике УЗДС-исследования, диагностировался рост тромба, увеличение флотирующей части тромба, что позволило своевременно применить активную хирургическую тактику.

Преимущество активной тактики ведения вполне заменяет, на наш взгляд, «активный» постельный режим с постоянной лечебной гимнастикой в виде постоянного непрерывного сгибания и разгибания стопы, которое увеличивает объем и скорость кровотока по пораженным венам, доказанное в нескольких исследованиях, и исключает более выраженные гемодинамические колебания в венах нижних конечностей при сокращении икроножных мышц, необходимых для удержания человека в вертикальном положении.



■ Количество больных

Динамика роста количества больных с ТГВ

Другой причиной непредсказуемого роста тромба в венах служило, на наш взгляд, отсутствие крупных притоков, которые за счет кровотока препятствовали бы тромбообразованию. Это подтверждалось при динамическом УЗДС. В виду угрозы ТЭЛА эти больные подвергались оперативному лечению. Примером может служить больной З., 59 лет (и.б. № 2534-2010), который находился под нашим наблюдением с тромбозом ПКВ. Ввиду быстрого нарастания тромбоза была выполнена операция тромбэктомии из ОБВ с перевязкой ПБВ.

В Российских рекомендациях по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений от 2009 г. никак не отражено смертельно опасное осложнение ТГВ, венозная гангрена (синяя флегмазия). Ярким примером такого осложнения служит, история больной С., 1983 г.р. (и.б. № 9575-2011), жительницы одного из районов РТ. В течение 4 лет находилась на гормональной терапии по поводу системной красной волчанки. Была направлена на госпитализацию с острым левосторонним илиофemorальным тромбозом. При ультразвуковом исследовании верхний уровень тромба без признаков флотации находился в НпдВ. Из анамнеза выяснилось, что лечение тромбофлебита средней трети голени в амбулаторных условиях начато более 3 мес назад. Выраженный отек бедра и голени появились накануне. В анализах крови лейкоцитоз ( $48,1 \times 10^9/\text{л}$ ). Начато лечение без гепарина. В течение суток у больной развилась клиника синей флегмазии. Произведена экстренная операция — радикальная тромбэктомия из НпдВ, ОБВ, ГБВ, ПБВ, ПКВ. На операции БПВ в виде плотного тяжа. Выздоровление. Осмотр через

2 года — клинических и ультразвуковых признаков поражения глубоких вен не выявлено.

#### Выводы:

1. Динамическое наблюдение и обследование в виде компрессионного ультразвукового дуплексного ангиосканирования больных с ТГВ позволяет своевременно выявить изменения в сосудах и выбрать наиболее рациональный метод лечения.

2. Хирургические методы лечения при флотирующей головке тромба позволяют предупредить ТЭЛА.

3. Источником эмболии легочной артерии могут быть окклюзионные тромбозы у больных, не соблюдающих постельный режим.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Зубарев, А.Р.* Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей / А.Р. Зубарев, В.Ю. Богачев, В.В. Митьков. — М.: Видар, 1999. — 104 с.
2. Российские рекомендации по диагностике и лечению венозных тромбоэмболических осложнений // *Флебология*. — 2010. — № 1, вып. 2. — С.1—37.
3. *Савельев, В.С.* Флебология. Руководство для врачей / В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А.И. Кириенко [и др.]: под ред. В.С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.

#### REFERENCES

1. *Zubarev, A.R.* Ul'trazvukovaya diagnostika zabolevanii ven nizhnih konechnostei / A.R. Zubarev, V.Yu. Bogachev, V.V. Mit'kov. — M.: Vidar, 1999. — 104 s.
2. Rossiiskie rekomendacii po diagnostike i lecheniyu venoznyh tromboembolicheskikh oslozhenii // *Flebologiya*. — 2010. — № 1, vyp. 2. — S.1—37.
3. *Savel'ev, V.S.* Flebologiya. Rukovodstvo dlya vrachei / V.S. Savel'ev, V.A. Gologorskii, A.I. Kirienko [i dr.]: pod red. V.S. Savel'eva. — M.: Medicina, 2001. — 664 s.

© М.М. Дмитренко, Я.А. Осыко, А.В. Кулигин, 2013

УДК 616.37-002.151:616.15

## РОЛЬ СООТНОШЕНИЯ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

**МАРИНА МИХАЙЛОВНА ДМИТРЕНКО**, врач-анестезиолог-реаниматолог ГУЗ «Перинатальный центр», Саратов, Россия, тел. 8-927-110-50-93, e-mail: marina198809@mail.ru

**ЯНА АНДРЕЕВНА ОСЫКО**, ординатор кафедры скорой неотложной и анестезиолого-реанимационной помощи ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, тел. 8-905-324-34-53, e-mail: yana\_osyko@mail.ru

**АЛЕКСАНДР ВАЛЕРЬЕВИЧ КУЛИГИН**, докт. мед. наук, профессор кафедры скорой неотложной и анестезиолого-реанимационной помощи ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России; тел. 8-903-328-79-37, e-mail: avkuligin@yandex.ru

**Реферат.** С целью повышения эффективности диагностики тяжести интоксикации у больных с панкреонекрозом нами изучалось соотношение форменных элементов крови при развившемся синдроме эндогенной интоксикации. На базе Областной клинической больницы г. Саратова ретроспективно изучено 80 историй болезни пациентов с установленным диагнозом «панкреонекроз». Были рассмотрены количественные показатели клеточного элемента системы крови как красного, так и белого ростков. Оценивались показатели эффективности проводимого как консервативного, так и оперативного лечения в разные сроки патологического процесса: в первые сутки при поступлении, в первые, пятые и седьмые сутки после оперативного вмешательства. Полученные данные обрабатывались нами с помощью методов непараметрической статистики. Достоверно подтверждено наличие стереотипного ответа клеточного элемента системы крови на воздействие эндотоксинов, проявляющегося в виде сопряженных количественных изменений. В результате выявлено наиболее информативное, рациональное и применимое в практической деятельности из рассмотренных соотношение форменных элементов крови, позволяющее прогнозировать дальнейшее развитие патологии. Таким выражением является отношение произведения количества эритроцитов и тромбоцитов к количеству лейкоцитов. Данная формула применима в основном на пятые-седьмые сутки при проведении консервативного лечения. Для достижения наибольшей эффективности и положительных результатов терапии необходимо сохранять именно нормальное соотношение форменных элементов крови, а не только корректировать отдельные звенья системы.

**Ключевые слова:** эндогенная интоксикация, межклеточные соотношения, панкреонекроз.