

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 постромботической 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.