

298, 1996.

3. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. Профилактика дефицита витаминов и микроэлементов, Москва, 2000.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕГИОНАРНОЙ ФЛЕБОГЕМОДИНАМИКИ В СИСТЕМЕ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ФЛЕБОТРОМБОЗА

Мармыш Г.Г., Довнар И.С., Цилиндзь И.Т., Могилевец Э.В.
УО «Гродненский государственный медицинский
университет»

Острые тромбозы венозной системы составляют 80% всех тромботических поражений сосудов, являются осложнениями многих болезней, травм и хирургических вмешательств, а вопросы остаются и на современном этапе не до конца решенными. Известно, что острый илеофemorальный венозный тромбоз регистрируется у 20% оперированных и составляет 10-15% всех тромбозов в системе нижней полой вены. В среднем у каждого третьего оперированного больного в венозных сосудах нижних конечностей и таза в самые ранние сроки после хирургических вмешательств образуются тромбы, которые являются потенциальным источником тромботических осложнений. Этому способствуют особенности анатомического строения суральных вен камбаловидных мышц голеней, активация сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, угнетение фибринолиза, ухудшение реологических свойств крови, травматизация сосудов, влияние вводимых лекарственных препаратов и др.

Исследования, проведенные в клинике, показали, что у пациентов, находящихся в горизонтальном положении в состоянии относительного покоя через 1,5-2 часа в нижних конечностях достоверно снижается объемно-пульсовое кровоснабжение тканей. В то же время показатели коагулограммы позволяют судить о состоянии свертывающей и

противосвертывающей систем лишь в момент их регистрации, однако они могут меняться в ходе обезболивания, операции и в послеоперационном периоде.

Исходя из изложенного, профилактика послеоперационного флеботромбоза должна включать назначение медикаментозных средств, применение механических и физических методов, позволяющие улучшить гемодинамику нижних конечностей до и после операции.

К ним относят различные способы ускорения венозного кровотока, что препятствует реализации одного из важнейших факторов в генезе тромбообразования - замедлению кровотока в венах нижних конечностей.

Комплексное исследование регионарной флебогемодинамики нижних конечностей позволило сформулировать следующую систему коррекции ее при оперативных вмешательствах:

- создание рабочей гиперемии мышц голени непосредственно перед операцией, что позволяет обеспечить нормальный кровоток в условиях относительного покоя на 1,5-2 часа. Наличие у больного варикозной болезни нижних конечностей, посттромбофлебитического синдрома предполагает обязательное бинтование нижних конечностей эластическими бинтами или одевание трикотажных эластических чулков. Этим обеспечивается снижение патологической венозной «емкости» нижних конечностей вследствие компрессии мышечных венозных сплетений, поверхностных и перфорантных вен, что приводит к улучшению условий для функционирования клапанного аппарата вен. Результатом компрессии является возрастание обратного всасывания тканевой жидкости в венозном колене капилляра и снижение ее фильтрации в артериальном за счет повышения тканевого давления;

- продолжительность операции более 2 часов предполагает проведение у больного пассивной флексии стоп (25-30 движений);

- через час после окончания операции цикл упражнений «пассивная флексия» повторяется;

- после восстановления сознания - комплекс упражнений

для развития рабочей гиперемии в постели каждые 1,5-2 часа: поднятие, выпрямление ног вверх до угла 30^0 , сгибание и разгибание стоп, сгибание и разгибание голеней.

Движения выполняются в среднем темпе, по 20-30 повторов. Неотъемлемой составляющей упражнений ЛФК является дыхательная гимнастика. Обучение физическим упражнениям проводится в дооперационном периоде.

Неспецифическая профилактика в послеоперационном периоде включает также ежедневный массаж тела, ЛФК, перемежающая пневматическая компрессия голеней, интраоперационная электромиостимуляция, ранее вставание больного с кровати и др.

Внедрение разработанной системы реабилитационных мер при выполнении оперативных вмешательств в комплексе со стандартной антикоагулянтной и антиагрегантной терапией минимизирует вероятность развития послеоперационных флеботромбозов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ

**Полынский А.А., Могилевец Э.В., Колешко С.В.,
Хильмончик И.В.**

**УО «Гродненский государственный медицинский
университет»**

Хронический парапроктит (свищ прямой кишки) - параректальный свищ, оставшийся после самопроизвольно вскрывшегося абсцесса или после вскрытия острого парапроктита оперативным путем.

Параректальный свищ всегда начинается в прямой кишке. После вскрытия острого парапроктита внутреннее отверстие в прямой кишке не ликвидируется и, как правило, остается свищ прямой кишки. Он обычно открывается в промежность рядом с задним проходом. И сколько бы ни производилось оперативных вмешательств по поводу такого свища, пока не будет