

ростков с СД 1 типа, где данный показатель составил 62 % [3]. Пролонгирование данного показателя наблюдается и при таких заболеваниях как депрессия, тревожные расстройства. Исследования сна при этих патологических состояниях показывают уменьшение продолжительности дельта-сна. Нами определено, что и у пациентов с СД 1 типа отчается сокращение глубоких стадий медленноволнового сна, характеризующихся дельта-волнами [1]. Недостаточность данного вида сна способствует увеличению количества микроактиваций, движений и увеличению продолжительности бодрствования во время ночного сна [3].

Выводы. Ночной сон пациентов с СД 1 типа более продолжительный, чем в контрольной группе, с увеличением количества пробуждений и длительными периодами бодрствования во время ночного сна, продолжительность которых возрастает с увеличением показателя НвА1с.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дорошкевич, И.П. Респираторные события сна у пациентов с сахарным диабетом 1 типа: роль компенсации углеводного обмена / И.П. Дорошкевич // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2015. - №4. – С. 40.
2. Завалко, И.М. Изменение структуры ночного сна при наземном моделировании межпланетного полета. : дис. ... канд.мед.наук : 14.01.11; 14.03.08 / И.М. Завалко. – М., 2014.- Л. 13-14.
3. Особенности ночного сна при сахарном диабете 1 типа у детей и подростков / О.З. Пузикова [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. - №4. – С. 84-91.
4. Bassetti, C. ESRS European sleep medicine textbook / C. Bassetti, Z. Dogas, P. Peigneux.- Bonn: VG Bild – Kunst, 2014. – P.16.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ И ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Дубровщик О.И., Довнар И.С., Сытый А.А., Ракович Д.Ю.,
Жук Д.А., Герасимович А.Ю., Хильмончик Я.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 4 г. Гродно*

Актуальность. Острые тромбозы глубоких вен (ОТГВ) и тромбофлебиты поверхностных вен (ТПВ) нижних конечностей

являются распространенными заболеванием и встречаются у 10-20% населения, осложняя в 30-55% случаев течение варикозной болезни [4]. Острый восходящий тромбофлебит развивается в течение жизни у 20-40% населения [1]. У 60-80% случаев тромбофлебиты локализуются в бассейне большой подкожной вены (БПВ), в 10-20% в малой подкожной вене (МПВ), тромбоз глубоких вен развивается в 5-10% случаев. Наиболее часто – (44%) тромб из БПВ переходит на общую бедренную через сафено-фemorальное соустье, реже (0,2 – 1%) из МПВ распространяется на подколенную вену через сафено-поплитеальное соустье. Самый редкий путь распространения тромбоза на глубокие вены через несостоятельные перфорантные вены [4]. Наибольшую опасность представляют восходящие формы острого тромбофлебита (40-60% случаев) с ними связывают и обоснованно, возникновение угрозы тромбоза глубоких вен и ТЭЛА. Флотирующая верхушка тромба имеет высокую подвижность и расположена в интенсивном потоке крови, что препятствует ее адгезии к стенкам вены вследствие разницы размеров диаметра БПВ и общей бедренной вены. Отрыв венозного тромба может вести к массивной ТЭЛА (немедленная смерть), субмассивной (выраженная гипертензия в малом круге кровообращения с давлением в легочной артерии 40 мм.рт.ст и выше) или тромбэмболии мелких ветвей легочной артерии с клинической дыхательной недостаточностью и инфаркт-пневмонией. Флотирующие тромбы встречаются у 10% всех острых венозных тромбозов [1]. Тромбоз вен нижних конечностей через 3 года у 35-70% пациентов приводит к инвалидности обусловленной хронической венозной недостаточностью на фоне посттромбофлебитического синдрома (ПТФС). Нередко тромботический процесс в поверхностных венах имеет рецидивирующий характер, что приводит к длительной и/или стойкой нетрудоспособности. До настоящего времени не сформировано единого мнения выбора тактики лечения. Ряд авторов считают, что таких пациентов надо вести консервативно, однако допускают возможность операции только при угрозе распространения тромбоза на сафено-фemorальное соустье [4]. Другие выбирают активную тактику лечения тромбофлебита поверхностных вен отдают предпочтение оперативному лечению в объеме операции Трояна-Тренделенбурга (кроссэктомии). Обсуждается и третий вариант лечения – радикальная флебэктомия. Дискуссия

по алгоритму лечения тромбоза глубоких вен носит многоплановый и противоречивый характер. Изолированное консервативное лечение оспаривается активной хирургической тактикой. Имеющиеся в мировой литературе данные позволяют сделать вывод о равной эффективности консервативного и хирургического подхода к ведению пациентов с тромбозами и тромбофлебитами вен нижних конечностей. В связи с изложенным, проблема лечения и профилактики жизнеугрожающих осложнений при данной патологии остается весьма актуальной.

Цель. Оценить эффективность результатов лечения пациентов с тромбозом глубоких и тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей для оптимизации тактики лечения и профилактики осложнений.

Методы исследования. Проведен рандомизированный анализ результатов диагностики и лечения 166 пациентов с острым тромбозом глубоких и поверхностных вен нижних конечностей, госпитализированных в клинику общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «ГКБ № 4 г.Гродно» с 2013 по октябрь 2016г.г. Мужчин – 69(41,6%), женщин – 97(58,4%), средний возраст $62,5 \pm 11,5$ года, трудоспособного возраста - 42,8%. Машиной скорой помощи доставлено 27,8%, из поликлиник и больниц города – 51,1% обратились сами – 14,4% из районов 6,7%. Острый тромбоз глубоких вен диагностирован у 49(29,5%), поверхностных у 70(42,2%), восходящий тромбофлебит БПВ у 47(28,3%) пациентов. Всем пациентам выполнены клинические и специальные методы обследования включающие: ультразвуковую доплерографию и дуплексное ангиосканирование артерий и вен, по показаниям – реовазография. Максимальной информативностью обладает ультразвуковое ангиосканирование с цветным картированием кровотока, (рац.предложение №10 от 30.05.2016г.) позволяет оценить состояние вены и окружающих тканей, определить локализацию тромба, его протяженность и характер тромбоза (флотирующий, неокклюзивный пристеночный, окклюзивный), что очень важно для определения лечебной тактики [3]. Из лабораторных исследований определяли: гемостазиограмму в динамике, общеклинические и биохимические анализы крови. Заподозрить венозный тромбоз позволяет обнаружение продуктов деградации фибрина (Д – димер) [3].

Результаты и их обсуждение. В анамнезе у 5(3,0%) пациентов с развившимся острым тромбозом бедренной вены, в сроки от 2 до 6 лет была выполнена флебэктомия, у 4(2,4%) тромбэмболия мелких ветвей легочной артерии, у 3(1,8%) операции по поводу аневризмы брюшного отдела аорты, ИБС у 68(41%), артериальная гипертензия у 77(46,4%) пациентов. На фоне варикозного расширения вен нижних конечностей ТПВ развился у 121 (74,7%) пациента, у 41(25,3%) была ретикулярная форма расширения подкожных вен с несостоятельностью клапанов на голени подтвержденных на УЗДС. Всем пациентам проводилась общепринятая консервативная терапия согласно протокола. Основными задачами консервативного лечения является профилактика прогрессирования тромбообразования, ликвидация воспалительного процесса, воздействие на микроциркуляцию, обеспечение функционального покоя конечности и профилактика тромбэмболических осложнений. Придерживаемся известных рекомендаций флебологов [2]. В начале заболевания применяем прямые антикоагулянты (гепарин или гепарин низкомолекулярной массы – фраксипарин) по общепринятой схеме. Через 6-7 дней лечения переводим на непрямые антикоагулянты, за 2 дня до отмены гепаринотерапии назначаем непрямые антикоагулянты. Эффективность гепаринотерапии контролируем показателями: время кровотечения и свертывания крови и АЧТВ, непрямые антикоагулянтами – ПТИ и МНО. Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови – внутривенное введение пентоксифиллина 600мг/сут. При остром ТПВ показания к хирургическому лечению определяли при росте тромба по БПВ выше уровня средней трети бедра. Выполнен классический вариант оперативного пособия у 11 (6,6 %) пациентов, операция Троянова-Тренделенберга или ее модификация – кроссэктомия. Произведена приустьевая перевязка БПВ и пересечение ее ствола в пределах раны, дополнительно выделяли и перевязывали все приустьевые притоки БПВ, как результат устраняется возможность рефлюкса через сафено-фemorальное соустье [2]. У 2 пациентов во время операции произведена тромбэктомия из общей бедренной вены при наличии УЗИ-признаков пролабирования головки тромба через сафено-фemorальное соустье. Через 2-4 месяца у этих пациентов выполнена флебэктомия. У 82 (49,4%) пациентов, при остром ТПВ, через 4-8 месяцев выполнена флебэкто-

мия в классическом варианте. Летальных исходов не было.

Выводы. 1. Для определения тактики всем пациентам следует проводить ультразвуковое ангиосканирование с цветным картированием кровотока, метод позволяет определить локализацию, протяженность и характер тромбоза, что крайне важно для определения дальнейшей тактики лечения (рац. предложение № 10 от 30.05.2016 г.). 2. Тактика лечения пациентов с тромбозами и тромбофлебитами вен нижних конечностей должна быть комплексной, включать консервативные и хирургические методы. 3. Длительность постельного режима при тромбозе глубоких вен голени должна составлять 5-6 суток, при подвздошно-бедренном – 10-12 суток. 4. Тромбофлебит поверхностных вен голени следует лечить консервативно, при распространении процесса на бедро – оперативное лечение. 5. Основной метод профилактики ТЭЛА при остром тромбозе глубоких и поверхностных вен и пролабировании флотирующего тромба в сафено-фemorальном соустье – срочная резекция большой и/или малой подкожных вен у места впадения в глубокие вены, по стандартной методике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гивировская, Н.Е. Тромбозы и тромбофлебиты вен нижних конечностей: этиология, диагностика и лечение / Н.Е. Гивировская, В.В. Михальский // РМЖ. – 2009. – Том 17, № 25. – С. 1663-1666.
2. Константинова, Г.Д. Флебология. – М: Медицина. - 2001. – 239 с.
3. Кузнецов, М.Р. Реканализация глубоких вен нижних конечностей как показатель эффективности лечения острого венозного тромбоза / М.Р. Кузнецов, С.В. Сапелкин, Б.В. Болдин, С.Г. Леонтьев, Л.А. Несходимов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2016. – Том 22, № 3. – С. 82-87.
4. Пустовой, А.А. Тактика лечения острого восходящего тромбофлебита / А.А. Пустовой, С.Г. Гаврилов, И.А. Золотухин // Флебология. -2011, № 3, - С. 46-52.

БРАЧНО-СЕМЕЙНЫЕ УСТАНОВКИ ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Епифанова А.К., Сурмач М.Ю.

*Гродненская центральная городская поликлиника,
Гродненский государственный медицинский университет*

Ухудшение показателей репродуктивного здоровья, рост частоты хронических заболеваний и функциональных отклонений у