

кишечника, наложение стом на кишечнике или магистральных желчевыводящих путях.

В данном случае следует использовать специфическую профилактику низкомолекулярными гепаринами, не требующими систематического контроля свертывающей системы: клексан по 20 мг или фраксипарин 0,3 мл, или фраксин 2,5 тыс. МЕ анти-Ха за два часа до операции, или гепарин по 5000 ЕД за 3–4 часа до операции. Продолжительность профилактики в послеоперационном периоде осуществляется до полной активизации больных, в среднем 3–5 суток.

Высокий тромбозмобогенный риск обусловлен расширенными, весьма продолжительными (свыше 3 часов) операциями, сопровождаемыми значительной кровопотерей и большой травматичностью: ампутация бедра, экзартикуляция верхних и особенно нижних конечностей, операции на легких, средостении, пищеводе, реконструктивные операции на магистральных сосудах, субтотальная резекция желудка или тонкого кишечника, гастрэктомия, колэктомия, панкреатэктомия и т.п.

Для этой категории больных применяется следующая схема специфической профилактики: клексан 40 мг или фраксипарин 0,6 мл, или фраксин 5 тыс. МЕ анти-Ха за 12 часов до операции, или гепарин 5000 ЕД за 3–4 часа до операции. В послеоперационном периоде профилактика осуществляется на протяжении 5–7 суток. При наличии показаний для пролонгирования профилактических мер, больные переводятся на непрямые антикоагулянты, чаще всего на варфарин, для достижения уровня МНО 2,0–2,5. При этом важно не забывать назначать больным ингибиторы протонного переноса.

Вывод. Предложенный алгоритм профилактики ТЭЛА позволил снизить в 2008–2009гг. фатальные тромбозмобогенные осложнения с 1,52 до 0,69%.

Ермолаев В.Л., Шурыгина Е.П.

ФИСТУЛЬНЫЕ ТРОМБОЗЫ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ И ПАРАВЕНОЗНЫЕ ФЛЕГМОНЫ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Введение. Среди большого разнообразия венозных тромбозов и флегмон в последние годы стали встречаться весьма необычные, имеющие одну и ту же этиологическую суть: они обусловлены наркоманическим фактором.

Механизмы формирования фистул бедренных вен следующие: наркоманы с большим стажем, испортив себе все периферические поверхностные вены, приступают к пункциям глубоких магистральных вен, чаще всего используют бедренную вену в паховой области. В результате многократных пункций в одну и ту же точку, формируется фистула, которая позволяет наркоману обходиться без иглы, вставляя в фистулу канюлю шприца.

Поскольку все делается систематически в условиях полной антисанитарии фистулы бедренной вены рано или поздно осложняются возникновением венозных тромбозов бедренной вены, а затем и паравенозных флегмон, которые по ходу сосудистого пучка распространяются как в проксимальном, так и в дистальном направлениях.

Цель исследования. Выработать оптимальную тактику хирургического лечения больных, имеющих фистульные тромбозы бедренной вены и паравенозные флегмоны.

Материалы и методы. За последние 2 года в отделении гнойной хирургической инфекции МУ «ЦГБ № 7» г. Екатеринбурга лечилось 82 наркомана, у 5 человек (6,1%) имелись венозные фистулы в паховой области, которые по истечению некоторого времени осложнились тромбозом бедренной вены, а затем и паравенозной флегмоной.

Результаты исследования. Клиническая картина заболевания складывалась из наличия в паху венозной фистулы (к моменту госпитализации уже нефункционирующей), симптомов венозного илио-фemorального тромбоза и всех классических признаков глубокой флегмоны бедра, а также картины эндотоксикоза или сепсиса.

Характерно, что только один пациент обратился за помощью, когда возникла клиника илио-фemorального венозного тромбоза, а остальные госпитализированы в стадии обширных паравенозных флегмон паховой области и были оперированы в неотложном порядке.

Особенностью хирургического лечения было то, что во всех случаях экстренное оперативное вмешательство выполнялось совместно хирургом отделения гнойной хирургической инфекции и сосудистым хирургом. Объем операции определялся индивидуально в каждом конкретном случае, но основу его составляли: хирургическая обработка гнойного очага (ХОГО) с иссечением на протяжении 5 – 10 см практически уже расплавленного сегмента бедренной вены и последующее лигирование обоих концов.

Еще одной особенностью указанной патологии мы считаем то, что все без исключения пациенты-наркоманы не завершили полного цикла лечения. Как только наступало улучшение состояния, и появлялись признаки заживления раны, все больные, чувствуя приближение наркотиче-

ской абстиненции, под разными императивными предложениями покидали стационар. Один из пациентов самовольно покинул стационар с подключным катетером.

Отдаленные результаты мы по понятным соображениям проследить не имели возможности. Однако нам известна судьба двух бывших пациентов, которые после лечения в отделении, сформировали себе новые венозные фистулы на билатеральной стороне и умерли дома от кровотечения из фистул, находясь в наркотическом сне.

Выводы:

1. Врачам хирургам общего профиля следует проявлять диагностическую настороженность в отношении венозных фистул, которые могут осложниться кровотечением, венозным тромбозом, ангиогенным сепсисом, а также формированием обширных паравенозных флегмон.

2. Для выполнения ХОГО в этих случаях требуется обязательное соучастие ангиохирурга, чтобы избежать ятрогенного повреждения сосудисто-нервного пучка на бедре.

Засорин А.А., Наричина В.В.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВЯЛОГРАНУЛИРУЮЩИМИ РАНАМИ ПРЕПАРАТОМ ФЛЕБОДИА 600

ГОУ ВПО УГМА Росздрава, ФГУ «354 ОВКГ» МО РФ, г. Екатеринбург

Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями составляют 35-40 % в структуре всех пациентов с хирургической патологией. По данным профессора Н. А. Ефименко (2004) гнойно-воспалительные заболевания нижних конечностей встречаются в три раза чаще, чем указанная патология другой локализации. Частым исходом флегмон нижних конечностей являются вялогранулирующие раны, характеризующиеся трудностями в лечении и значительным койко-днем, достигающим 1-2 и более месяцев, что характеризуется значительным снижением качества жизни и значительными материальными затратами на лечение.

Цель исследования. Оценка влияния комплексной терапии с использованием препарата флебодиа 600 на микроциркуляцию в околораневой зоне у больных с вялогранулирующими ранами нижних конечностей.

Материалы и методы. Работа выполнялась на базе ФГУ «354 ОВКГ» МО РФ и включала две группы пациентов с вялогранулирующими ранами нижних конечностей общей численностью 40 человек.