

ВПЛИВ ЕЛАСТИЧНОГО БИНТУВАННЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК НА СОНОГРАФІЧНІ ПАРАМЕТРИ МАГІСТРАЛЬНИХ ВЕН ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ І СЕЛЕЗІНКИ

©Н. І. Герасимюк, І. В. Гнатко

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

До поширених і традиційних засобів попередження тромбозу вен нижніх кінцівок та профілактики тробоемболії легеневої артерії належить їх еластичне бинтування. Воно найчастіше застосовується в передопераційній підготовці і веденні післяопераційного періоду у хворих з варикозним розширенням вен. Також відомо, що за відсутності очевидних протипоказань (таких як захворювання периферичних артерій), особам, що підлягають будь-якому хірургічному втручанню, надається перевага в проведенні механічної компресії для профілактики тромбозу і тробоемболії незалежно від рівня ризику розвитку у них гіперкоагуляції крові. При цьому вважається, що методи механічної компресії знижують ризик тромбозу глибоких вен і тробоемболії легеневої артерії приблизно на 1/2 – 2/3, навіть якщо вони використовуються у вигляді монотерапії. Однак, у більшості випадків ці висновки базуються на емпіричних даних і практично відсутні повідомлення про результати наукових клінічних чи лабораторних обстежень з обґрунтуванням можливості загального впливу маніпуляції на організм і сталість його внутрішнього середовища.

Наше дослідження проведено на 33 пацієнтах, яким проводили еластичне бинтування нижніх кінцівок, починаючи від пальців стопи і закінчуючи біля промежинно-стегнової складки. Інтенсивність тиску еластичного бинта на тканини нижніх кінцівок визначали за збереженою пульсацією на тильній артерії стопи. Безпосередньо перед бинтуванням, відразу і через 1 годину після нього, після зняття бинтів, а також через 1 годину після закінчення маніпуляції проводили УЗД-дослідження з визначенням діаметрів нижньої порожнистої, ворітної і селезінкової вени, а також розмірів селезінки.

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що відразу після бинтування нижніх

кінцівок зростали діаметри всіх досліджуваних судин. Через 1 годину після бинтування вони дещо зменшувалися, перевищуючи, однак, вихідні дані. Зняття еластичних бинтів і, відповідно, декомпресія тканин та судин нижніх кінцівок супроводжувалися подальшим зниженням діаметрів магістральних вен, які ставали навіть дещо меншими за контрольні цифри, окрім селезінкової вени. Проте через 1 годину після декомпресії і її діаметр зменшувався в порівнянні з вихідними даними. Водночас, протягом всієї маніпуляції спостерігалось прогресивне зменшення УЗД-розмірів селезінки як по довжині, так і по ширині.

При проведенні декомпресії нижніх кінцівок було встановлено зворотній рух всіх досліджуваних УЗД-показників.

Результати проведеного дослідження дають підстави вважати, що еластичне бинтування нижніх кінцівок сприяє виходу крові із депо, причому не тільки із судин і тканин нижніх кінцівок, але й з внутрішніх органів черевної порожнини внаслідок рефлекторного впливу на них, що було констатовано ще С.П. Боткіним. В цілому механізм рефлекторного впливу компресії судин і тканин нижніх кінцівок на кровоплин в органах черевної порожнини може бути обумовлений як безпосереднім рефлекторним впливом, так і виходом крові із тканин нижніх кінцівок, що приводить до підвищення тиску у нижній порожнистій вені. Це в свою чергу спричиняє до порушення венозного відтоку від внутрішніх органів черевної порожнини з портальним дренажем. Для збереження стабільності перфузії органи реагують посиленням відтоку, що для селезінки підтверджується збільшенням діаметра селезінкової і ворітної вен (останнє може виникати і за рахунок інших органів з портальним відтоком) з одночасним скороченням самого органа як рушійного фактора посилення перфузії.