

Заключение

Реконструкция ВОПЖ с использованием бескаркасные клапаносодержащих кондуиты (двух- или трехстворчатых) малого диаметра (<15 мм), изготовленных из аутоперикарда может служить превосходной моделью обновления легочного ствола по итогам непосредственно послеоперационных и ранних сроков наблюдения. Результаты раннего динамического наблюдения больных с данным типом кондуитов продемонстрировали хорошие гемодинамические показатели (приемлемый градиент давления ВОПЖ и отточного отдела ЛС, отсутствие значимой регургитации), отражающие непрерывность путей оттока легочного ствола и компетентность его клапана. Однако небольшое количество больных и короткий срок наблюдения за работой кондуита не позволяют сделать окончательных выводов, и их долговечность служит предметом дальнейшего изучения и обсуждения по итогам периода более продолжительного динамического наблюдения.

Литература

1. Зеленикин М. А. Протезирование легочного ствола в хирургии врожденных пороков сердца. Дисс. докт. мед. наук., М., 1991.

2. Зеленикин М. А., Прасолов С. Ю., Зубкова Г. А., Зайцев В. В. Реконструкция пути оттока из правого желудочка без использования традиционного кондуита. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1993, 5: 77-80.
3. Ковалев Д. В. Реконструкция путей оттока правого желудочка с помощью ксеноперикардального кондуита с бескаркасным трехстворчатым клапаном при коррекции впа. Дисс. канд. мед. наук., М., 2003.
4. Allen B. S., El-Zein C., Cuneo B. et al. Pericardial tissue valves and gore-tex conduit as alternative for right ventricular outflow tract replacement in children. Ann. Thorac. Surg. 2002; 74: 771-777.
5. Danielson G. K., Downing T. P., Schaff H.V. et al. Replacement of obstructed extracardiac conduits with autogenous tissue reconstructions. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1987; 93: 4: 555-559.
6. Edwards W. D., Agarwal K. C., Feldt R. H. et al. Surgical pathology of obstructed right-sided porcine-valved extracardiac conduits. Arch. Pathol. Lab. Med. 1983; 107: 4: 400-405.
7. Schaff H. V., Di Donato R. M., Danielson G. K. et al. Reoperation for obstructed pulmonary ventricle-pulmonary artery conduits. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1984; 88: 334-343.
8. Schlichter A., Kreutzer C. Autologous pericardial valved conduits (APVC). Rev. Lat. Cardiol. Inf. 1985; 1: 1: 43-48.
9. Schlichter A. J., Kreutzer C., Mayorquim R. C., et al. Five- to fifteen-year follow-up of fresh autologous pericardial valved conduits. 2000; J. Thorac. Cardiovasc. Surg.: 119: 869-79.
10. Schlichter A. J., Kreutzer C., Mayorquim R. C., et al. Long-term follow-up autologous pericardial valved conduits. Ann. Thorac. Surg. 1996; 62: 155-160.
11. Schorn K., Yankah A. C., Alexi-Meskishvili V. et al. Risk factors for early degeneration of allografts in pulmonary circulation. Eur. J. Cardiothorac. Surg. 1997; 11: 16 62-69.

Тромбоз глубоких вен конечностей: взгляд на госпитальное лечение

Е. П. Бурлева, А. Д. Белова

Кафедра общей хирургии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, МУ Центральная городская больница №2, г. Екатеринбург

Deep venous thrombosis: the sight at hospital treatment

E. P. Burleva, A. D. Belova

Резюме

Авторами проведено ретроспективное изучение 461 случая госпитального лечения пациентов с тромбозами глубоких вен (ТГВ) конечностей в стационарах г.Екатеринбурга в 2007 году. Проанализирована структура госпитальных тромбозов, объемы диагностического обследования и характер лечения пациентов с ТГВ в условиях неспециализированных и специализированных хирургических отделений.

Выявлено, что частота состоявшихся и диагностированных ТГВ составила 0,4/1000 взрослого населения. В 29 случаях (6,3%) зарегистрированы венозные тромбозмобилические осложнения (ВТЗО), из них 2 случая (0,4%) фатальной тромбозмобилии в легочную артерию (ТЭЛА). При клинической и ультразвуковой верификации патологического процесса установлен факт эмбологенности ТГВ лишь при распространении процесса выше щели коленного сустава.

Хирургическая тактика общехирургических и специализированных отделений в отношении ТГВ является дифференцированной. 28,2% пациентов ангиохирургических стационаров подвергаются хирургическим вмешательствам для профилактики ВТЗО. Выявлены отклонения в системе клинической практики при организации помощи пациентам с ТГВ в неспециализированных стационарах, что диктует необходимость внедрения современных протоколов ведения этой категории пациентов.

Ключевые слова: тромбозы глубоких вен, госпитальное лечение.

Бурлева Елена Павловна — д. м. н., профессор кафедры общей хирургии ГОУ ВПО УГМА Росздрава;

Белова Алла Дмитриевна — зав. амбулаторным хирургическим отделением МУ ЦГБ №2 г. Екатеринбург.

Summary

In 2007 authors have studied 461 cases of hospital treatment of patients with Deep Venous Thrombosis (DVT) in Ekaterinburg's hospitals. The structure of hospital thromboses, volumes of diagnostic inspection and the character of treatment of patients with Deep Venous Thrombosis in the conditions of unspecialized and specialized surgical branches was analyzed.

It was revealed that the frequency of DVT, among adult population has made 0,4/1000. In 29 cases (6,3%) Venous Tromboembolic Complications (VTC) were recorded, out of which 2 cases (0,4%) of fatal pulmonary embolism. At clinical and ultrasonic verification of pathological process the fact of venous thromboembolism was established only at extending of process above a crack of a knee joint. Surgical tactics of general surgical and specialised branches concerning DVT is differentiated. 28,2% of patients of angiosurgical hospitals go through surgical intervention for VTC prophylactics. It was revealed that deviations exist in the system of clinical practice at the organisation of help to the patients with DVT in unspecialized hospitals. That dictates the necessity of introduction of modern reports of conducting this category of patients.

Keywords: Deep Venous Thrombosis; Hospital treatment.

Введение

Постоянный интерес клиницистов к проблеме ТГВ поддерживается высокой частотой развития этого состояния со стороны прежде всего нижних конечностей, возникновением смертельных и инвалидизирующих осложнений [1–3, 5, 6]. Отечественная статистика имеет данные о ежегодном лечении ТГВ у 240 тыс. человек [2, 3].

Установленный диагноз острого венозного тромбоза в системе нижней полой вены традиционно служит поводом для госпитализации пациентов в стационар. Однако, в последние годы такая тактика подвергается определенной ревизии благодаря изменениям сложившейся клинической практики (внедрению ультразвукового ангиосканирования, применению низкомолекулярных гепаринов и эластического трикотажа, требованиями современного пациента).

Считается, что после подтверждения диагноза ТГВ больной может лечиться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях [14]. Так, по данным проспективного исследования 1289 пациентов с острыми ТГВ, получавших амбулаторное лечение, лишь 5,9% имели свежие эпизоды тромбоза в системе легочной артерии (ТЭЛА) и только 0,4% — клинические симптомы ТЭЛА. Авторами не найдено разницы с контрольной группой стационарных пациентов, и они делают вывод о незначительном риске ТЭЛА при амбулаторной организации лечения [15].

Следует заметить, что тактика ведения острых венозных тромбозов окончательно не стандартизирована. Тем не менее, «золотыми правилами» для хирургов являются: подтверждение диагноза с использованием ультразвукового ангиосканирования, применение антикоагулянтной терапии в сочетании с эластической компрессией [16, 17].

Основной целью настоящей работы являлась оценка адекватности ведения пациентов в условиях неспециализированных и специализированных хирургических стационаров г. Екатеринбурга с помощью изучения факторов риска и структуры глубоких венозных тромбозов, объемов обследования и лечения больных.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное изучение историй болезни когорты больных с ТГВ, которым было проведено стационарное лечение в хирургических отделениях г.Екатеринбурга. Общий материал составил 461 случай.

Так как госпитализация больных с ТГВ осуществляется не только в специализированные ангиохирургические отделения, но и в хирургические стационары по территориальному принципу, все больные были разделены на две изучаемые группы в зависимости от профиля хирургического стационара.

Первую группу составили пациенты, лечение которых было проведено в неспециализированных хирургических стационарах (n=177), средний возраст 54,3±19,2 лет. Среди исследуемых несколько преобладали мужчины — 94 больных (53,1%). Во вторую группу были включены больные, получившие лечение в отделениях сосудистой хирургии (n=284), средний возраст 55,3±15,3 лет. Среди пациентов данной группы также зарегистрировано некоторое преобладание мужчин — 152 больных (53,5%).

При проведении анализа использовали специально составленную для этой работы выборку из историй болезни, в которой были отражены факторы риска развития ТГВ, сроки поступления и характер направлений пациентов в стационар, объем инструментальных и лабораторных методов исследований, тактика и виды лечения.

После завершения выборки и переноса ее на электронные носители проведен простой сравнительный анализ полученных результатов с применением программы Microsoft Office Excel 2003 на компьютере AMD Athlon(tm) 64 Processor 3000+.

Результаты и их обсуждение

При сравнительном анализе двух групп больных не было выявлено разницы в половозрастном составе пациентов.

Средний возраст пациентов с ТГВ составлял 55,0±16,9 лет. Среди пациентов анализируемой группы незначительно преобладали

мужчины — 246 больных (53,4%). Удельный вес лиц трудоспособного возраста среди больных ТГВ был также несколько выше — 266 человек (57,7%).

При анализе структуры направлений пациентов в стационар выявлено следующее. Большая часть больных в обеих группах направлена на стационарное лечение из амбулаторно-поликлинической службы: 1 группа — 107 человек (60,5%) и вторая группа — 201 (70,8%). Бригадами скорой медицинской помощи были доставлены на госпитализацию 31 пациент (17,5%) первой группы и 44 (15,5%) второй. При установлении диагноза ТГВ врачи догоспитального этапа руководствовались клинической триадой: болевой синдром, наличие отека сегмента конечности, ограничение двигательной функции. Проводилась дифференциальная диагностика с артериальными тромбозами, а также травматическими повреждениями и гнойно-воспалительными процессами.

Самостоятельно больные чаще обращались за помощью в близлежащий стационар, поэтому их было в 3 раза больше зарегистрировано в неспециализированных отделениях — 37 (20,9%), чем в специализированных — 20 (7,0%). Более редкой ситуацией было выявление ТГВ у больных при их лечении в стационарных отделениях нехирургического профиля: 1 гр. — 2 (1,1%) пациента, 2 гр. — 19 (6,7%). Большой удельный вес переведенных больных в специализированных стационарах закономерно отражает факт выездного консультирования больных ангиохирургами в городских отделениях различного профиля.

Таким образом, выяснено, что пациенты с клиническими подозрениями на ТГВ согласно традиции направляются на лечение в стационарные хирургические подразделения, и поликлиническая служба города в настоящее время не берется за амбулаторное ведение этих пациентов. Данный факт можно объяснить рядом причин. Это прежде всего:

- 1) отсутствие нормативной документации, позволяющей хирургам расширить свою амбулаторную активность;

- 2) ограниченная доступность бесплатного экстренного ангиосканирования;

- 3) наличие противопоказаний к амбулаторному ведению пациентов [13];

- 4) низкая покупательная способность определенной части больных с невозможностью их затрат на современную антикоагулянтную терапию с применением низкомолекулярных гепаринов (НМГ).

Интересны данные по срокам поступления пациентов в стационар от начала развития заболевания. Две трети исследуемых в первой группе — 118 (66,7%) и менее половины во вто-

рой — 128 (45,2%) поступили в стационар в первые 7 суток от момента появления симптомов заболевания. В сроки от 7 до 14 дней госпитализировано 37 (20,9%) пациентов в первой и 68 (23,9%) во второй группе. В сроке более 14 дней — 22 (12,4%) и 88 (30,9%) пациентов соответственно. Разница в ранних и поздних сроках поступлений больных двух групп существенна и объяснима организацией лечебного процесса в неспециализированных и специализированных стационарах. В частности ограничением раннего поступления больных в ангиохирургические отделения, специализирующиеся на артериальной патологии, но переводами больных в более поздние сроки по мере необходимости и в связи с наличием специальных показаний после осмотра сосудистого хирурга.

При поступлении в стационар всем пациентам формулировался диагноз острого глубокого венозного на основании клинических признаков, выяснялась фоновая и сопутствующая патология.

При анализе данных по факторам риска развития тромбозов выявлено (табл. 1), что преобладающими среди них были сердечно-сосудистые заболевания — 55 (31,1%) случаев в первой группе и 123 (43,3%) случая во второй. Указания на перенесенную травму зарегистрированы в 21 (11,9%) случае больных первой группы и 22 (7,8%) — второй группе. На третьем месте находилась онкологическая патология — 19 (10,7%) и 16 (5,6%) случаев соответственно. Обращает внимание, что у 20 (7,0%) пациентов, поступивших в отделения сосудистой хирургии, ТГВ развились на фоне острого поверхностного варикотромбофлебита. При этом, выяснено, что до госпитализации в стационар эти больные за медицинской помощью в поликлинику не обращались.

Заслуживает внимание факт, что в 59 (33,3%) случаях лиц первой и в 77 случаях (27,1%) второй групп причин для развития ТГВ при стандартном стационарном обследовании выявлено не было. Такая категория пациентов описывается [1, 2, 17], предположительным этиологическим фактором развития тромботического состояния считается врожденная тромбофилия.

Проанализировано построение диагностического процесса при ТГВ в стационарах двух групп. Выяснено, что при нахождении пациента в неспециализированном хирургическом стационаре рассчитывать на полноценную верификацию процесса в венозном русле конечности не приходится. Ультразвуковое ангиосканирование у этих больных было выполнено лишь в 46 (26,0%) случаях, у остальных пациентов — 131 (74,0%) диагноз глубокого венозного тромбоза был выставлен на основании

Таблица 1. Факторы риска развития глубоких венозных тромбозов

| Факторы риска развития ТГВ | Неспециализированные отделения | | Специализированные отделения | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------|------------------------------|------|
| | п | % | п | % |
| Сердечно – сосудистые заболевания | 55 | 31,1 | 123 | 43,3 |
| Перенесенная травма | 21 | 11,9 | 22 | 7,8 |
| Гнойно – септические заболевания | 9 | 5,1 | 1 | 0,4 |
| Операции | 3 | 1,7 | 2 | 0,7 |
| Поверхностный варикотромбофлебит | 3 | 1,7 | 20 | 7,0 |
| Онкологическая патология | 19 | 10,7 | 16 | 5,6 |
| Заболевания печени | 2 | 1,1 | 0 | 0 |
| Заболевания легких | 5 | 2,8 | 15 | 5,3 |
| Гинекологические заболевания | 1 | 0,6 | 8 | 2,8 |
| Причина не выяснена | 59 | 33,3 | 77 | 27,1 |

Таблица 2. Уровень и распространенность глубоких венозных тромбозов

| Уровень и распространенность ТГВ | Неспециализированные отделения | | Специализированные отделения | |
|--|--------------------------------|------|------------------------------|------|
| | п | % | п | % |
| Солеус – тромбоз | 33 | 18,6 | 26 | 9,2 |
| Глубокие вены голени | 77 | 43,5 | 9 | 3,2 |
| Голенно – подколенный сегмент | 13 | 7,3 | 35 | 12,3 |
| Голенно – подколенно – бедренный сегмент | 13 | 7,3 | 133 | 46,8 |
| Подвздошно – бедренный сегмент | 38 | 21,5 | 62 | 21,8 |
| Нижняя полая вена | 1 | 0,6 | 9 | 3,2 |
| Тромбоз подключичной вены | 2 | 1,2 | 10 | 3,5 |

лишь клинических проявлений. При этом ультразвуковая диагностическая процедура была проведена однократно 44 (95,6%) пациентам, дважды — 2 (4,4%).

Ангиохирургические стационары в этом отношении выглядели значительно убедительнее. Ультразвуковое ангиосканирование выполнялось у 274 (96,4%) больных, в том числе, однократно — 215 (78,5%) раз, двукратно — 52 (19,0%) и трехкратно — 7 (2,5%). У 5 (1,8%) больных при подозрении на флотирующий тромбоз выполнена флебография и лишь у 7 (2,5%) пациентов диагноз ТГВ поставлен на основании клинических проявлений и данных предыдущих обследований.

Распределение по стороне поражения в обеих группах не выявило никакой существенной разницы в частоте развития тромбоза. В хирургических стационарах зарегистрирован правосторонний процесс в 88 случаях (49,7%), левосторонний — в 85 (48,0%), двусторонний — 3 (1,7%). У 1 (0,6%) больного выявлен тромбоз нижней полой вены. В ангиохирургических отделениях выявлено левостороннее поражение у 175 (61,6%) пациентов, правостороннее — у 97 (34,1%), двустороннее у 3 (1,1%). У 9 (3,2%) больных установлен диагноз тромбоза нижней полой вены.

После клинического и ультразвукового исследования указывалась протяженность тромбоза и определялась его верхняя граница (табл. 2). Ясно, что структура ТГВ по протяженности может быть объективно оценена только во второй группе пациентов. Одна треть из них — 70 (25,5%) — имели распространенность процесса только до уровня подколенной вены. У половины больных — 133 (48,6%) — диагностирован ТГВ ниже уровня пупартовой связки. Остальные пациенты — 71 (25,9%) — имели массивные поражение с вовлечением подвздошных вен и нижней полой вены (НПВ).

Преобладание в первой группе солеустромбозов и тромбозов глубоких вен голени — 110 (63,1%) не может считаться объективным в связи с практически однотипным клиническим течением различных по распространенности тромбозов ниже пупартовой связки и невозможностью полноценной верификации тромбоза подколенной и бедренной вен без ультразвукового исследования.

Эмбологенный тромбоз выявлен в 82 (17,8%) случаях: в подколенной вене — 14 (17,1%) (все случаи выше щели коленного сустава), бедренной вене — 53 (64,6%), подвздошной — 12 (14,6%), НПВ — 3 (3,7%). Таким образом, при поступлении пациентов в стационар в различ-

ные сроки от начала ТГВ факт их эмбологенности установлен только при локализации тромба выше щели коленного сустава и не выявлен при локализации процесса в венах голени.

Именно ультразвуковое ангиосканирование играло основную роль в выборе стратегии лечения пациента. В первой группе выявленные у 2-х больных факты «флотации» тромба в бедренном сегменте, послужили причиной экстренного оперативного вмешательства в объеме тромбэктомии из общей бедренной вены и лигирования поверхностной бедренной вены. Остальные 175 больных с явлениями тромбоза глубоких вен прошли курс только консервативной терапии. С учетом скудного охвата пациентов первой группы методами специального обследования ретроспективно установить частоту эмбологенности ТГВ не представляется возможным. Можно лишь регистрировать отсутствие у всех больных первой группы клинических проявлений ТЭЛА.

Во второй группе больных был оперирован практически каждый третий пациент — 80 (28,2%) человек. У 11 больных (13,8%) была произведена кроссэктомия + тромбэктомия из общей бедренной вены при восходящем поверхностном тромбофлебите. 43 пациентам (53,7%) выполнена тромбэктомия из общей бедренной вены с лигированием поверхностной бедренной вены. В 26 случаях (32,5%) был имплантирован кава-фильтр при флотирующем тромбозе иликавального сегмента (табл. 5).

Преобладающее число больных в ангиохирургических стационарах — 204 (71,8%) — получило только курс консервативной терапии.

Значительно более высокая хирургическая активность специализированных отделений в

отношении ТГВ закономерно объясняется точной верификацией процесса в глубокой венозной системе и фактами переводов больных с подозрением или признаками ТЭЛА в субсегментарные и сегментарные ветви из различных стационаров города для хирургических вмешательств. В связи с полученными данными нам представляется, что сравнение хирургической тактики неспециализированных и ангиохирургических отделений вряд ли является корректным в связи с различным уровнем оснащенности и квалификации врачебного персонала, а также различной организацией лечебного процесса.

Нами подробно изучена лекарственная терапия пациентов с ТГВ (спектр препаратов, объемы и продолжительность лечения), а также лабораторная оценка эффективности этого лечения в различных стационарах.

При проведении консервативной терапии в неспециализированных хирургических отделениях в качестве прямых антикоагулянтов назначался преимущественно нефракционированный гепарин (НФГ) — 135 (76,3%) случаев. Низкомолекулярные гепарины (НМГ) применялись редко — 13 (7,3%). Дозы НФГ колебались от 10 тыс до 30 тыс. ед/сут, в среднем в течение 14 дней. Лабораторная диагностика для оценки эффективности антикоагулянтной терапии была организована в 83,0% случаев, при этом целевые значения времени свертывания достигнуты в 47,5% случаях. К удивлению исследователей констатировано, что в 16,4% случаях при установленном диагнозе ТГВ антикоагулянтная терапия не была назначена.

В сосудистых хирургических отделениях применяли НМГ — 115 (40,5%) случаев, а НФГ — в 162 (57,1%). Дозы НФГ колебались в

Таблица 3. Частота использования нехирургических методов лечения больных с ТГВ

| Виды терапии | Неспециализированные отделения | | Специализированные отделения | |
|---------------------------------|--------------------------------|------|------------------------------|------|
| | п | % | п | % |
| Лекарственная терапия | | | | |
| НФГ гепарин | 135 | 76,3 | 132 | 46,5 |
| НМГ: клексан фраксипарин | 11 | 6,2 | 105 | 37,0 |
| | 2 | 1,1 | 10 | 3,5 |
| Сулодексид | 3 | 1,7 | 1 | 0,4 |
| Аспирин | 44 | 24,8 | 101 | 35,6 |
| Спазмолитики | 97 | 54,8 | 1 | 0,4 |
| Реополигюкин | 109 | 61,6 | 199 | 70,1 |
| Пентоксифиллин | 168 | 94,9 | 229 | 80,6 |
| Никотиновая кислота | 130 | 73,4 | 200 | 70,4 |
| Эластическая компрессия (бинты) | 152 | 85,9 | 220 | 77,5 |
| Режим: постельный свободный | 70 | 39,5 | 2 | 0,7 |
| | 107 | 60,5 | 282 | 99,3 |

Таблица 4. Длительность стационарного лечения пациентов с ТГВ

| Количество суток проведенных в стационаре | Неспециализированные отделения | | Специализированные отделения | |
|---|--------------------------------|------|------------------------------|------|
| | п | % | п | % |
| < 7 суток | 16 | 9,0 | 17 | 6,0 |
| 7 - 14 | 54 | 30,5 | 223 | 78,5 |
| 14 - 21 | 83 | 46,9 | 39 | 13,7 |
| 21 - 28 | 23 | 13,0 | 3 | 1,1 |
| > 28 | 1 | 0,6 | 2 | 0,7 |

Таблица 5. Хирургические методы лечения больных с ТГВ в ангиохирургических стационарах

| Виды хирургического лечения | п | % |
|--|----|------|
| Кроссектомия + тромбэктомия из общей бедренной вены | 11 | 13,8 |
| Тромбэктомия из общей бедренной вены с лигированием поверхностной бедренной вены | 43 | 53,7 |
| Имплантация кава-фильтра | 26 | 32,5 |
| Итого | 80 | 100 |

пределах 15-30 тыс. ед/сут. НМГ (клексан, фраксипарин) применялись в стандартной лечебной дозировке до 10 суток. Продолжительность лечения НФГ в среднем составила 8 суток.

При анализе лабораторных показателей было выявлено эффективное их изменение у 84 (47,5%) пациентов первой группы и у 231 (81,3%) пациентов, проходящих лечение в условиях сосудистых хирургических отделений стационаров.

Антикоагулянтная терапия является «краеугольным камнем» в лечении глубоких венозных тромбозов, эффективность этой терапии не вызывает сомнений, что доказано большим количеством корректно организованных международных исследований [4,11]. После проведенного анализа применения антикоагулянтной терапии в неспециализированных хирургических стационарах города можно констатировать следующие отклонения клинической практики:

- немотивированное исключение антикоагулянтов из лечебного процесса;
- хаотичность в выборе антикоагулянтов, их доз и сроков применения;
- пренебрежение результатами лабораторной диагностики, редкое достижение целевых значений лабораторных параметров.

При анализе выбора других лекарственных средств при лечении ТГВ выявлен высокий процент применения реополиглюкина в обеих группах (61,6% в первой и 70,1% во второй). Кроме того, установлено, что до сих пор широко используется пентоксифиллин (94,9% и 80,6%) и никотиновая кислота (73,4% и 70,4%). Аспирин получал практически каждый третий больной с ТГВ. Необходимо подчеркнуть, что в последних рекомендациях по профилактике и лечению венозных тромбозов осложненных ос-

ложнений нет упоминания об использовании этих препаратов в лечении ТГВ и доказательств их эффективности [11, 12, 13].

По данным историй болезни эластическую компрессию конечностей получили 152 (85,9%) пациента в первой группе и 220 (77,5%) пациентов второй группы. При лечении пациентов с венозными тромбозами в условиях сосудистых хирургических отделений у 99,3% пациентов режим носил свободный характер, в то время как в неспециализированных отделениях 39,5% пациентам был назначен постельный режим первые 3-4 суток. Все полученные данные суммированы в табл. 3.

Длительность пребывания пациентов с глубокими венозными тромбозами в стационаре представлена в табл. 4. Как видно из таблицы основная масса пациентов первой группы — 153 (86,4%) получила стационарное лечение в сроки до 3х недель. Во второй же группе сроки лечения существенно короче, 84,5% пациентов находились на лечении в сосудистых хирургических отделениях до 14 суток.

Выводы

1. Частота состоявшихся и диагностированных венозных тромбозов в хирургических отделениях г. Екатеринбурга в 2007 г. составила 0,4 на тысячу взрослого населения. Выявленное количество тромбозомножественных осложнений — 29 (6,3%) из них 2 (0,4%) случая смертельной тромбоземболии.

2. При клинической и ультразвуковой верификации патологического процесса установлен факт эмбологенности глубоких венозных тромбозов лишь при распространении процесса выше щели коленного сустава. В связи с этим больные с установленным фактом локализации тромба ниже щели коленного сустава

(41,9%) могут получать лечение в амбулаторных условиях.

3. Хирургическая тактика общехирургических и специализированных отделений в отношении тромбозов глубоких вен является дифференцированной. 28,2% пациентов ангиохирургических стационаров подвергаются хирургическим вмешательствам для профилактики венозных тромбозомболических осложнений.

4. Ведение в стационаре не является доказанным критерием адекватности лечения пациентов с глубокими венозными тромбозами. В связи с выявленными отклонениями в системе клинической практики при организации помощи этой категории больных в специализированных стационарах необходимо внедрение современных протоколов ведения пациентов, включающих обязательное ультразвуковое ангиосканирование и применение адекватной антикоагулянтной терапии.

Литература

1. Амбулаторная ангиология. Руководство для врачей. Под ред. Кириенко А. И., Кошкина В. М., Богачева В. Ю. М.: 2007; 219.
2. Илюхин Е. А., Прохоров Г. Г., Жирновой В. М. Тромбофилия и венозные тромбозы (обзор литературы). Амбулаторная хирургия. 2006; №3(23); 3.
3. Венозные тромбозы и тромбозомболия легочных артерий (венозные тромбозомболические осложнения). Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению: Под ред. Савельева В. С., Бокарева И. Н. М.: 2006; 20.
4. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. М.: ГЭОТАР- К49 Медиа; 2005; 928.
5. Савельев В. С., Гологорский В. А., Кириенко А. И., Гельфанд Б. Р. Профилактика венозных тромбозомболических осложнений. В кн.: Савельев В.С. (ред.) Флебология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2001; 390-408.

6. Nordstrom M., Lindblad B., Bergqvist D., Kjellstrom T. A prospective study of incidence of deep vein thrombosis within a defined urban population. J Intern Med 1992; 232:155-160.
7. Gerlach H. E., Blattler W. Introducing controlled outpatient management of deep venous thrombosis: a feasibility study with 827 patients. Phlebologie. 2002; 31: 77-84.
8. Blattler W., Borer M., binder C., Bergan J. Outpatient and conventional treatment of acute deep-vein thrombosis evaluated in a controlled single-center study. Phlebologie. 1998; 51(1): 33-39.
9. Frank O., Blattler W. Vergleich von ambulanter und stationärer Behandlung der akuten tiefen Beinvenenthrombose: subjektive und ökonomische Aspekte. Schweiz. Med. Wochenschr. 1998; 128: 1328-33.
10. Partsch H., Blattler W. Compression and walking versus bed rest in the treatment of proximal deep venous thrombosis with low molecular weight heparin. J. Vase. Surg. 2000; 32: 861-9.
11. Geerts W et al. Prevention of Venous Thromboembolism. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004; 126:338S-400S.
12. Hirsh G. In: Guidelines for Antithrombotic Therapy. Fifth Edition. BC Decker Inc. Hamilton-London. 2005; 34,121.
13. Венозные тромбозомболические осложнения: современные принципы профилактики и лечения. Методические рекомендации. Екатеринбург, 2007; 37.
14. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. Москва, 2001.
15. Partsch H. Ambulation and compression after deep vein thrombosis: dispelling myths. Vasc Surg. 2005;18(3):148-52.
16. Савельев В. С. Послеоперационные венозные тромбозомболические осложнения: фатальная неизбежность или контролируемая опасность. Хирургия. 1999; 6: 60-63.
17. Флебология: Руководство для врачей. Под ред. В. С. Савельева. М.: Медицина; 2001; 660-664.
18. Blattler W., Kreis N., and Irene K. Blattler. Practicability and quality of outpatient management of acute deep venous thrombosis. JOURNAL OF VASCULAR SURGERY Volume 32, Number 5, November 2000: 855-860.

Маркеры аутоиммунного воспаления в прикладной сердечно-сосудистой хирургии

И. А. Андриевских, О. П. Лукин, М. Д. Нуждин, Н. П. Додонов

ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава, кафедра хирургических болезней, реаниматологии и интенсивной терапии; ГМЛПУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

The markers of autoimmune inflammation in applied cardiovascular surgery

I. A. Andrievskih, O. P. Lukin, M. D. Nuzhdin; N. P. Dodonov

Chelyabinsk State Medical Academy, department of surgical disease, reanimatology and intensive therapy; Chelyabinsk Regional Hospital, Chelyabinsk

Резюме

Отрицательное влияние аутоиммунного воспалительного компонента на течение сосудистого патоморфоза в настоящее время мало изучено. До настоящего времени не разработан алгоритм с использованием маркеров аутоиммунного клинически значимого воспаления сосудистой стенки в сердечно-сосудистой хирургии. Проведено углубленное обследование 94 больных с ишемической болезнью сердца, направленных на хирургическую реваскуляризацию миокарда. Из всех пациентов было сформировано 2 равные группы (основная и контрольная). Критерием включения в основную группу был уровень С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови выше 6 мг/л, как маркера сосудистого аутоиммунного воспаления. Контрольная группа