

*Муминов Ш.М., Ахмедов Р.А., Ким Д.Л.,
Абдуллаев Ш.М., Дадамьянц Н.Г.*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

*Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – тяжелое заболевание, сопровождающееся высокой летальностью, большим количеством осложнений. Смертность от ТЭЛА в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%. По данным разных авторов до 95% случаев ТЭЛА обусловлено острым венозным тромбозом в системе нижней полой вены (НПВ).

Цель. Оптимизировать тактику лечения острых тромбозов системы НПВ.

Материал и методы. В отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра экстренной помощи с 2003 г. по 2013 г. на стационарном лечении находился 2701 пациент с тромбозами системы НПВ. Из них с острым восходящим тромбофлебитом (ОВТ) 1287 пациентов с тромбозами глубоких вен – 1414. С клиникой ТЭЛА поступили 211 (7,8%) пациентов, из которых 14 в среднем через 15 суток были переведены из терапевтических отделений РНЦЭМП, где проходили лечение по поводу различных заболеваний. Всем пациентам с тромбозами глубоких вен нижних конечностей выполняли цветное дуплексное сканирование (ЦДС) на цифровом ультразвуковом сканере EUB-6000 (Hitachi, Japan) и Siemens HD11X (Holland). Локализация тромба в глубоких венах голени наблюдалась у 242 (8,9%) пациентов, в бедренно-подколенном сегменте – у 378 (14,0%), в подвздошно-бедренном сегменте – у 780 (28,9%), в нижней полой вене – у 14 (0,5%). При локализации тромба в илиокавальном и подвздошно-бедренном сегментах (выше паховой складки), для выявления характера и проксимального конца, у 165 (6,1%) пациентов выполнено рентгеноконтрастное исследование. Ретроградная илиокаваография (РИКГ) произведена у 124 (4,6%) пациентов, ангиопульмонография (АПГ) – у 41 (1,5%), из них у 63 с имплантацией кава-фильтра. Все исследования выполнялись на ангиографической установке Isonus 200 (Siemens, Germany) и Allura (Germany).

Результаты и обсуждение. Все пациенты с тромбозом глубоких вен, при обследовании которых обнаружен окклюзирующий тромб, а также пациенты с тромбозами вен голени, получили курс консервативной терапии, заключающийся в назначении НФГ (или НМГ) 5-7 дней, внутривенных инфузий реополиглокина, дезагрегантов, таблетированных форм НПВС в общепринятых дозировках. В отделении на фоне консервативной терапии умерло 16 пациентов от повторной массивной ТЭЛА и нарастающей сердечно-легочной недостаточности, что составило 1,1% от общего числа тромбозов глубоких вен в системе

нижней полой вены.

Из 1287 пациентов с ОВТ в первые сутки от момента поступления были прооперированы 1256 (97,6). У 401 пациента тромб локализовался в верхней трети бедра, у 446 – в средней трети бедра, у 409 – в нижней трети бедра. Были выполнены следующие операции: резекция большой подкожной вены – 1104 (87,9%), резекция большой подкожной вены, тромбэктомия из сафено-фemorального соустья – 152 (12,1%). В послеоперационном периоде клиника тромбоэмболии легочной артерии у этих пациентов не наблюдалась. Показаниями к оперативному вмешательству при тромбозах глубоких вен нижних конечностей явились наличие флотирующего тромба, а также эпизоды или существующая клиника тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.

Пациентам выполнены следующие операции (n=371): имплантация кава-фильтра – 63, тромбэктомия с пликацией НПВ – 10, пликация НПВ – 15, тромбэктомия с каваклипированием – 28, каваклипирование – 96, тромбэктомия с пликацией общей подвздошной и поверхностной бедренной вены (ПБВ) – 59, пликация и перевязка ПБВ – 85. Надо отметить, что в 15 случаях каваклипирование сопровождалось симультан-ными операциями (с прерыванием беременности – 3, с экстирпацией матки – 4, с ампутацией матки – 8).

Выводы. Таким образом, результаты лечения пациентов с острыми тромбозами системы НПВ указывают на оправданность и необходимость активной тактики в решении данного сложного вопроса сосудистой хирургии. При возникновении осложненных форм острого венозного тромбоза оптимальным методом профилактики ТЭЛА является хирургическая коррекция.

*Назаренко Г.И., Кунгурцев В.В.,
Кузьмин В.И., Черкашов А.М.,
Горохов М.А., Шарамко Т.Г.,
Шашковская Л.Н.*

МЕТОДОЛОГИЯ СНИЖЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

*Медицинский центр Банка России,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время операции эндопротезирования суставов являются основным и наиболее эффективным методом хирургического лечения при коксартрозе и переломах шейки бедра, которые позволяют купировать болевой синдром, восстанавливать опороспособность конечности, тем самым повышая качество жизни пациентов. В тоже время, проведение эндопротезирования тазобедренного сустава связано с высоким риском осложнений. Одним из наиболее частых их них являются тромбозы вен