



Медицинский вестник

ЮГА РОССИИ

№ 3 2016 (Приложение)

РОСТОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ



ISSN 2219-8075



9 772219 807619 >

Ростов-на-Дону

МАТЕРИАЛЫ

**Пленума президиума Российского общества ангиологов и
сосудистых хирургов «Тромботические осложнения
в практике хирургов, кардиологов, онкологов,
травматологов, урологов и акушеров-гинекологов –
нерешенные вопросы»**

г. Ростов-на-Дону
13-14 октября 2016 года

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

АНИСИМОВ А.Ю.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского Минздрава России, г.Саратов, Россия

Цель исследования: изучить отдаленные результаты лечения больных острым варикотромбофлебитом (ОВТФ) после операции Троянова-Тренделенбурга.

Материал и методы исследования: изучены отдаленные результаты у 94 больных с острым восходящим варикотромбофлебитом через 5 лет после операции Троянова-Тренделенбурга.

Диагноз варикотромбофлебита был установлен на основании клинических данных, подтвержден ультразвуковыми методами обследования вен нижних конечностей.

Показанием для операции Троянова-Тренделенбурга у 15 (15,9%) больных явилась флотация тромба в просвете большой подкожной вены (БПВ) на уровне средней трети бедра, у 79 (84,1%) – распространение тромба до створок остиального клапана. Флотации тромба в бедренной вене, а также наличия тромботических масс в просвете малой подкожной, глубоких и перфорантных венах нижних конечностей выявлено не было. У всех обследованных больных была выявлена функциональная несостоятельность клапанного аппарата перфорантных вен на голени.

При оценке отдаленных результатов учитывали динамику хронической венозной недостаточности нижних конечностей, а также клинические признаки рецидива варикотромбофлебита. Показанием к флебэктомии в отдаленные сроки наблюдения считали патологический рефлюкс крови в поверхностных и перфорантных венах, наличие варикозно измененных вен, распространение тромботических масс в перфорантные вены на фоне рецидива поверхностного варикотромбофлебита голени.

Были изучены фенотипические признаки, характеризующие недифференцированную дисплазию соединительной ткани (НДСТ). Подтверждением недифференцированной дисплазией соединительной ткани считали выявление у одного пациента свыше четырех фенотипических признаков дисплазии.

Результаты: из 94 оперированных больных у 70 (74,5%), было выявлено более 4 фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани, что свидетельствовало о наличии НДСТ различной степени выраженности. У 24 (22,5%) – было обнаружено менее 4 признаков дисплазии, что исключало наличие НДСТ.

Анализ отдаленных результатов показал, что у 26 (37,1%) больных ОВТФ с НДСТ

через 2–4 месяц после операции Троянова-Тренделенбурга развился рецидив варикотромбофлебита на голени, что потребовало применения нестероидных противовоспалительных препаратов, а также местного лечения.

При ультразвуковом исследовании у четырех больных (15,4%) с рецидивом варикотромбофлебита на фоне НДСТ было выявлено распространение тромботических масс на перфорантные вены голени, что в очередной раз создало реальную угрозу тромбоэмболии легочной артерии, потребовало экстренной флебэктомии в условиях острого воспаления тканей с лигированием перфорантных вен.

В группе больных ОВТФ без НДСТ в отдаленные сроки наблюдения рецидивов варикотромбофлебита выявлено не было.

Обсуждение: недифференцированная дисплазия соединительной ткани является фактором риска развития рецидива варикотромбофлебита после операции Троянова-Тренделенбурга.

Выводы: на основании анализ совокупности фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани можно выделить группу больных с высоким риском рецидива варикотромбофлебита, что позволяет своевременно выполнить флебэктомию, предотвратить рецидив варикотромбофлебита в отдаленные сроки наблюдения.

КОАГУЛЯЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

АНИСИМОВ А.Ю.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского Минздрава России, г.Саратов, Россия

Цель исследования: изучить коагуляционный потенциал крови у больных варикозной болезнью вен нижних конечностей (ВБВНК) осложненной острым варикотромбофлебитом (ОВТФ) на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

Материал и методы: изучены показатели, характеризующие реологические и коагуляционные свойства крови, адгезивные и агрегационные свойства тромбоцитов у 70 больных острым варикотромбофлебитом с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Подтверждением недифференцированной дисплазией соединительной ткани считали выявление у одного пациента свыше четырех фенотипических признаков дисплазии.

Исследовали относительную вязкость крови, гематокрит, концентрацию фибриногена, фибринолитическую активность крови, число тромбоцитов.

Для анализа адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов оценивали площадь покрытия ячейки адгезированными объектами (в % от общей площади ячейки) – показатель, характеризующий адгезивную функцию, а также средний размер адгезированных частиц (в мкм²) – показатель, характеризующий агрегационную способность тромбоцитов. Полученные данные сопоставили с показателями доноров.

Результаты: относительная вязкость крови у больных ОВТФ с НДСТ составила $5,68 \pm 0,05$ отн. ед., что превышает показатель вязкости крови у доноров $4,66 \pm 0,04$ отн. ед. ($p < 0,02$). Гематокрит у больных ОВТФ с НДСТ составил $55,35 \pm 0,11$ %, что существенно выше по сравнению с показателями в группе доноров $47,76 \pm 0,15$ % ($p < 0,001$).

Количество фибриногена в плазме крови у больных ОВТФ с НДСТ составило $4,26 \pm 0,22$ г/л, что достоверно выше чем у доноров $3,56 \pm 0,07$ г/л ($p < 0,001$). У больных ОВТФ с НДСТ выявлено снижение фибринолитического потенциала цельной крови до $9,62 \pm 0,09$ % по сравнению с $10,51 \pm 0,11$ % у доноров ($p < 0,001$).

Количество тромбоцитов у обследованных больных и у доноров по нашим данным существенно не отличается.

Площадь покрытия ячейки адгезированными объектами у обследованных больных с НДСТ составила $10,8 \pm 0,4$ %, что существенно превышает аналогичный показатель у доноров – $8,5 \pm 0,7$ % ($p < 0,001$). Полученные данные свидетельствуют о повышении адгезивной активности тромбоцитов у больных ОВТФ с НДСТ.

Средний размер адгезированных объектов у больных НДСТ составил $34,7 \pm 0,8$ $\mu\text{м}^2$, контрольные значения данного показателя у доноров – $26,7 \pm 1,2$ $\mu\text{м}^2$ ($p < 0,001$), что подтверждает повышение агрегационной активности тромбоцитов.

Обсуждение: у больных острым варикотромбофлебитом с недифференцированной дисплазией соединительной ткани отмечается повышение коагуляционного потенциала крови, что может быть одной из причин прогрессирования тромбообразования, а также рецидива варикотромбофлебита.

Выводы: анализ совокупности фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани у больных варикозной болезнью вен нижних конечностей позволяет выделить пациентов с высоким риском варикотромбофлебита для проведения своевременного профилактического лечения.

ЭФФЕКТИВНА ЛИ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА?

АРТЕМОВА А. С.¹, ИВАНОВ М. А.¹, СОНЬКИН И. Н.²

¹Кафедра Общей хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им И. И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия;

²Отделение сосудистой хирургии НУЗ ДКБ ОАО «РЖД», Санкт-Петербург, Россия

Цель: Определение качества жизни и динамики хронической венозной недостаточности (ХВН) по итогам использования радиочастотной абляции (РЧА) при лечении варикозного расширения вен нижних конечностей (ВРВ НК).

Материалы и методы: В основу работы легли наблюдения за 61 пациентом. Из них 35 больным была проведена РЧА (основная группа), 26 пациентам - комбинированная флебэктомия (контрольная группа). В исследовании использовались: опросник для исследования качества жизни SF-36, цифровая рейтинговая шкала (ЦШР) для субъективной оценки уровня боли в раннем послеоперационном периоде, оценка тяжести хронической венозной недостаточности (ХВН) по VCSS. Анализировалось наличие тромботических осложнений (флеботромбозы, тромбофлебиты) в послеоперационном периоде. Качество жизни и выраженность ХВН оценивались в ранние сроки (1 месяц) после выполнения операции. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-8», различие считалось достоверным при $p < 0,05$.

Результаты: Изменение физического компонента здоровья через месяц после проведения операции в основной группе было на 7,5% выше, чем в контрольной ($p < 0,05$). Изменение психического компонента здоровья в основной группе составило 7,9%, что на 3,5% выше, чем в контрольной ($p < 0,05$). Отмечено уменьшение болевых ощущений через месяц после проведения операции в основной группе на 22,7%, в контрольной - на 13,9% ($p < 0,05$). После проведения РЧА реже наблюдались жалобы на боль в первые сутки после операции. Уровень боли по ЦШР у пациентов основной группы составил 2,5, а у пациентов контрольной группы - 5,9 ($p < 0,05$). Положительная динамика хронической венозной недостаточности (ХВН) по VCSS в основной группе в первый месяц составила 1,7, в контрольной - 1,01 ($p < 0,05$). В контрольной группе отмечено более частое развитие послеоперационных осложнений: гематомы у пациентов основной группы были зафиксированы в 13 случаях, в контрольной - в 14 ($p < 0,05$). Встречаемость парестезий у пациентов контрольной группы также была выше ($p < 0,05$). Флеботромбоз в основной

группе встретился 1 раз, в контрольной - 2, в контрольной группе наблюдался 1 случай развития тромбоза.

Обсуждение: Сравнение РЧА и флебэктомий следует считать возможным в связи с осуществлением вмешательств у одной и той же категории больных. Улучшение физического и психического компонента здоровья было более выражено у пациентов после проведения РЧА, по сравнению с комбинированной флебэктомией в ближайшие сроки после выполнения операции. Динамика ликвидации болевого компонента также была лучше в основной группе. У пациентов после проведения РЧА в раннем послеоперационном периоде реже отмечалось развитие парестезий и тромботических осложнений. Все это свидетельствует о безопасности и эффективности радиочастотной абляции.

Выводы: Радиочастотная абляция зарекомендовала себя как весьма эффективный способ лечения варикозного расширения вен нижних конечностей в ранние сроки после проведения операции.

ТРОМБЭКТОМИЯ ПРИ НАДДИАФРАГМАЛЬНЫХ И ИНТРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБАХ

АТДУЕВ В.А., АМОЕВ З.В., ДАНИЛОВ А.А., БЕЛЬСКИЙ В.А.

Нижегородская государственная медицинская академия,
Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России, г.Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить результаты тромбэктомии из НПВ при наддиафрагмальных и интравентрикулярных опухолевых тромбах при раке почки.

Материалы и методы: с 2007 г. по настоящее время тромбэктомия из НПВ произведена 12 больным: с наддиафрагмальными - 4 и интравентрикулярными - 8 тромбами. Мужчин было 4, женщин – 8, в возрасте от 35 до 71 лет. В 7 случаях был рак правой почки, в 5 – левой почки. Протяженность тромба была $14,1 \pm 1,3$ см (12 - 15 см). У 9 больных имелась выраженная клиника синдрома НПВ, илеофemorальный тромбоз или тромбоз вен нижних конечностей – у 4, асцит – у 3, гидроторакс – у 3, гидроперикард – у 2. У 9 пациентов была гематурия. 5 пациентов имели тяжелую патологию сердечно-сосудистой системы. Диагноз рака почки и тромбоза НПВ был установлен при УЗИ и подтвержден МРТ или МСКТ. Операцию производили из доступов «Мерседес» - у 11 и «Шеврон» - у 1. После выделения НПВ перевязывали почечную артерию. Мобилизовали печень, прошивали короткие печеночные вены, производили сагиттальную диафрагмотомию и перикардотомию. После полной мобилизации НПВ и низведения печени увеличивалась длина НПВ, при этом флотирующая внутрипредсердная часть тромба смещалась в просвет НПВ. Такой прием был успешно применен у 6 из 8 случаев внутрипредсердных тромбов. В 2 случаях не удалось сместить верхушку тромба из сердца в НПВ, тромб был извлечен через разрез НПВ с переходом на предсердие. До удаления тромба накладывались турникеты на почечные вены, на гепатодуоденальную связку, на НПВ на уровне нижней границы тромба, на уровне ниже впадения основных печеночных вен и над верхушкой тромба. После этого выполнялась каватомия с резекцией устья почечной вены и части стенки НПВ в случаях прорастания в нее опухоли, извлекался тромб из НПВ, промывался ее просвет, ушивалась рана, запускался по ней кровоток. У одного больного с опухолью правой почки выполнялась тромбэктомия и из левой почечной вены. У 3 пациентов с наличием ретроградного кровяного тромба производилось удаление флотирующего компонента тромба с кавапликацией. Выполнялась нефрэктомия с расширенной лимфаденэктомией.

Результаты: интраоперационных осложнений и неконтролируемых кровотечений не было. Кровопотеря составила 1130 ± 565 мл (500 - 2000). Использование аппарата Cell-

Сaver позволил у 7 больных обходиться без трансфузии донорской крови (объем реинфузии - 200 - 900 мл). Гемотрансфузия потребовалась только 6 больным в объеме не более 500 мл (250 – 500 мл). У 1 больной не было осложнений. 1 степень осложнений по Клавием (анемия, корригируемая препаратами железа) было в 1 случае. 2 степень осложнений (анемия, повышение уровня креатинина крови, срыв сердечного ритма) зафиксирована у 6 пациентов, им после операции проводилась инфузионная симптоматическая терапия. 3«А» степень осложнений установлена у 2 больных, ему потребовались плевральные пункции и дренирование перикарда по поводу гидроторакса и гемоперикарда под местной анестезией. 3«В» степень осложнений (ишемический некроз и перфорация нисходящей ободочной кишки) была установлена у 1 больного после левосторонней нефрэктомии с резекцией брыжейки ободочной кишки и удаления интравентрикулярного тромба НПВ, ему была выполнена релапаротомия и колостомия. В последующем больному выполнена колопластика. Умер один пациент, причиной смерти являлась тромбоэмболия лёгочной артерии.

Выводы: совершенствование хирургической техники, анестезиологического и реанимационного пособий позволяют снизить число и тяжесть осложнений у больных с наддиафрагмальными и интравентрикулярными опухолевыми тромбами НПВ при раке почки.

ТРОМБОЗЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

АФОНИН А.А., ЭКИЗЯН Г.Б., ЧУБАРОВ В.Е., ЦАТУРЯН Т.Г., МИНАЕВ В.Н.,
ЛЕБЕДЬ С.С.

МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи», г. Ростов-на-Дону,
Россия

Цель: Оценить результаты лечения больных с острой ишемией конечностей на фоне злокачественной опухоли.

Материалы и методы: катамнестическое наблюдение больных злокачественными новообразованиями, поступивших в отделение сосудистой хирургии с острой ишемией конечностей и анализ исходов лечения.

Результаты: за последние три года в отделение поступило 12 больных (10 мужчин и 2 женщины) с острой ишемией конечностей на фоне злокачественной опухоли. Средний возраст составил 75 лет (от 52 до 89). Стадия ишемии при поступлении II А – II Б. У 11 были тромбозы артерий нижних конечностей, одна пациентка имела тромбоз артерий верхней конечности. 3 больных в анамнезе страдали перемежающейся хромотой, у остальных острая ишемия возникла без предшествующего хронического фона. У троих больных в анамнезе был диагностирован тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Впервые выявленный рак имел место у 3 больных (во всех случаях – колоректальный). у остальных до поступления были диагностированы: рак молочной железы – у 2, лейкоз – у 1, рак легкого – у 1, рак желудка – у 2, множественные метастазы без выявленного источника – у 3. Все больные были оперированы по поводу острой ишемии. Больным с атеротромбозом выполнено бедренно-дистальное шунтирование (3 случая), остальным выполнена тромбозэмболектомия. Удовлетворительный результат шунтирования имел место у 1 больного, тромбозэмболектомии без ретромбозов – у 2. Ампутации выполнены трем больным в период госпитализации. В стационаре умер 1 больной. Выживаемость в течение года составила 16,6 %.

Обсуждение: больные с острой ишемией конечностей на фоне злокачественных новообразований имеют неблагоприятный прогноз. Положительный результат хирургической реваскуляризации имел место в 3 из 12 наблюдений (25 %). Низкая выживаемость в течение года может быть объяснена взаимным усугублением тяжести состояния онкологическим процессом и тромботическими осложнениями со стороны артериальной и венозной систем.

Заключение: проблема артериальных тромбозов на фоне злокачественных опухолей является редко встречающейся, но далекой от разрешения и требующей

дальнейшего изучения. Необходима онкологическая настороженность не только при диагностике и лечении больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями, но и у всех пациентов с острой ишемией конечностей.

ЧАСТОТА НЕСООТВЕТСТВИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГРАНИЦЫ ТРОМБА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ

БАХМЕТЬЕВ А.С.¹, БАХМЕТЬЕВА А.А.², СУХОРУЧКИН А.А.³

¹ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России; ²МБУЗ «Городская больница города-курорта Анапа»; ³ООО «Стройград» частная клиника «Медицинский центр», г.Саратов, Россия

Острый варикотромбофлебит (ОВТФ) поверхностных вен является одним из наиболее опасных осложнений варикозной болезни нижних конечностей. Ввиду возможной миграции тромботических масс через перфорантные вены, сафенофemorальное или сафенопопliteальное соустья в глубокую венозную систему, ОВТФ может приводить к тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Необходимо также учитывать риск ТЭЛА даже в отсутствие миграции при наличии в основном стволе большой подкожной вены (БПВ) или малой подкожной вены (МПВ) флотирующего тромба. Известно, что в трети случаев истинное расположение верхушки тромба не соответствует клиническим проявлениям и может располагаться гораздо выше уровня болезненности и специфических изменений кожного покрова пациентов.

Цель исследования: выявить частоту несоответствия между истинным расположением тромботических масс при ОВТФ и видимым клиническим проявлением тромбоза.

Материалы и методы: в исследование включены 25 пациентов с ОВТФ в бассейне БПВ (25 БПВ у 20 женщин и 5 мужчин в возрасте от 24 до 80 лет, средний возраст – 54,3 лет). На базе кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии им. Н.Е. Штерна СГМУ пациентам было проведено триплексное сканирование (ТС) вен нижних конечностей на ультразвуковом сканере экспертного класса Philips HD11 XE линейным датчиком с частотой 3-12 МГц и при необходимости конвексным датчиком с частотой 2-5 МГц. Все пациенты консультированы сосудистым хирургом. В стандартный протокол ТС вен нижних конечностей входило детальное описание состояния поверхностных, перфорантных и глубоких венозных систем обеих нижних конечностей. В случае флотации тромботических масс или распространения процесса на бедренный уровень пациента госпитализировали в профильное отделение сосудистой хирургии для оказания оперативного пособия (кроссэктомия). У всех больных с помощью ТС вен нижних конечностей зафиксировано истинное расположение проксимального окончания тромба. Проведено сравнение на основе клинического осмотра ангиохиругом с полученными результатами при ТС у каждого пациента.

Результаты: у всех 25 (100%) больных с клиническими признаками ОВТФ при проведении ТС вен нижних конечностей были выявлены тромботические массы в системе БПВ. Причем, у 2 (8%) пациентов при полном отсутствии клинических проявлений обнаружены ультразвуковые признаки ОВТФ в системе контрлатеральной БПВ. Расположение верхушки тромба по результатам ТС проксимальнее визуальной границы окончания уплотненного гиперемированного участка на поверхности кожи выявлено у 12 (48%) больных. Средняя протяженность «скрытого» при клиническом осмотре тромба составила 80,5 мм (min-24,0 мм, max-201,0 мм). У остальных пациентов (52%) истинное расположение верхушки тромба при ТС не распространялось проксимальнее внешних границ при клиническом осмотре. В подавляющем большинстве случаев (92%) верхушка тромба располагалась на уровне средней и верхней трети бедра. В одном случае проксимальная граница находилась на уровне верхней трети голени и еще в одном – флотирующая часть была зафиксирована в общей бедренной вене. Флотирующие тромбы были зафиксированы у 7 (28%) пациентов (средняя протяженность флотирующей части – 27,3 мм).

Выводы: ТС вен нижних конечностей является надежным и единственным из существующих неинвазивных методов инструментальной диагностики при определении уровня верхушки тромба в поверхностных венах. В нашем исследовании у 48% пациентов верхушка тромба располагалась выше «клинической» проксимальной границы и в 28% случаях имела флотирующий характер. Также важно не пренебрегать национальными рекомендациями и исследовать обе нижние конечности даже при отсутствии клинических проявлений на контрлатеральной стороне.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СИМПТОМОВ И ПРИЗНАКОВ ПРИ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ И ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

БЕЛОУСОВ И.И., КОГАН М.И.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Введение: Генез боли при невоспалительной форме синдрома хронической тазовой боли (СХТБ III Б) продолжает изучаться. Нами ранее установлено, что при СХТБ III Б в предстательной железе имеют место достоверно значимые нарушения артериального притока крови. В связи с этим возникла необходимость сравнительного анализа пациентов СХТБ III Б с группой больных имеющих клинически значимые окклюзионные поражения подвздошных артерий (ОППА).

Материалы и методы: Проведены исследования двух групп пациентов. В 1-ю группу включены пациенты с СХТБ III Б (n – 124, возраст 32 [27; 37] года, длительность болезни от 2,5 до 6 лет), во 2-ю – мужчины с ОППА (n – 25, возраст 45 [42; 48] лет, длительность болезни от 4 до 18 лет).

Оценку боли проводили по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ), симптомов нижних мочевых путей (СНМП) – по анкете «Индекс простатических симптомов» (I-PSS).

Всем пациентам выполняли трансректальное цветное дуплексное картирование простаты (ТЦДК), где в качестве контроля использовали результаты ТЦДК простаты, полученные от 30 здоровых добровольцев (3 группа).

Результаты представлены как медиана (Me) [нижний квартиль (LQ); верхний квартиль(UQ)].

Результаты: Боль при СХТБ III Б и ОППА имеет идентичные характеристики по локализации и иррадиации. При равной интенсивности боли в двух группах частота боли и частота СНМП встречаются существенно чаще у больных 2-й группы. В этой же группе пациенты характеризуются достоверно более тяжелыми нарушениями артериального кровотока в предстательной железе, чем больные в 1-й группе.

Обнаружена достоверная высокая степень корреляции между индексом боли (анкета ВАШ), СНМП (анкета I-PSS) и нарушениями артериального кровотока в предстательной железе (см. таблицу).

Параметры	1 Группа	2 Группа	3 Группа	p, между 1 и 2 группами	p, между 1 – 3 группами
Доля пациентов с постоянной болью, %.	100	92.0	-	-	-
Индекс боли, Me [LQ; UQ], баллы.	5.0 [3.5; 7.0]	5.0 [3.0; 6.0]	-		-
Доля пациентов с СНМП, %.	54.8	84.0	-		-
Индекс СНМП, Me [LQ; UQ], баллы.	8.5 [5.7; 14.0]	14.0 [9.0; 19.0]	-	0.01	-
r между индексами боли и СНМП.	0.25 – 0.75	0.61 – 0.87	-		-
V _{макс} (R). Me [LQ; UQ], см/сек.	11.9 [8.8; 15.9]	7.1 [6.1; 8.1]	19.6 [17.4; 21.9]		
Ri (R). Me [LQ; UQ].	0.63 [0.58; 0.70]	0.70 [0.64; 0.74]	0.62 [0.62; 0.64]		
V _{макс} (L). Me [LQ; UQ] cm/sec	11.4 [8.4; 16.5]	6.7 [5.2; 8.5]	20.6 [19.2; 22.6]		
Ri (L). Me [LQ; UQ].	0.64 [0.57; 0.73]	0.68 [0.62; 0.73]	0.62 [0.61; 0.64]		
r между индексами боли и V _{макс} .	0.276	0.783	-		-
Примечание: V _{мах} – пиковая систолическая скорость артериального кровотока по правым (R) и левым (L) капсулярным простатическим артериям. Ri – индекс резистентности сосудистой стенки правых (R) и левых (L) капсулярных простатических артерий. r – коэффициент корреляции Спирмена. p – Манн-Уитни U-test.					

Заключение: Высокая степень подобия симптомов и признаков при невоспалительной форме синдрома хронической тазовой боли и окклюзионных поражений подвздошных артерий подтверждает гемодинамическую природу хронической тазовой боли при СХТБ III Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

БОРИСОВ В.А.¹, КРАСОВСКИЙ В.В.², ФРОЛОВ А.А.², ОВАКИМЯН В.А.¹,
ВАСИЛЕНКО А.А.¹

¹Саратовский Государственный Медицинский Университет им. В.И. Разумовского;
²ГУЗ ОКБ, г.Саратов, Россия

Актуальность темы: проблема возникновения тромбозов глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей с возможным последующем развитием тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА) у больных с наличием онкологического процесса является актуальной в настоящее время.

Цель: оценить результаты лечения больных с ТГВ нижних конечностей на фоне онкологических заболеваний в условиях специализированного отделения сосудистой хирургии.

Материалы и методы: в клинике за период 2013-2015гг лечилось 182 больных с тромбозом в системе глубоких вен нижних конечностей, из них 33 (18,1%) на фоне онкологического процесса. Среди этих пациентов мужчин было 16 (48,5%), женщин – 17 (51,5%), в возрасте от 37 до 84 лет (средний – 55,1 +/- 2,2).

По локализации тромбоза распределение было следующим образом: илеофemorальный флеботромбоз (подвздошно-бедренный сегмент) – 20 больных, подколенно-берцовый сегмент – 12, тромбоз нижней полой вены -1.

Наиболее частыми локализациями первичного очага онкологического заболевания была предстательная железа у мужчин, опухоли женской репродуктивной системы. В 2 (6,1%) случаях наблюдали наличие множественных метастазов в печень, лёгкие, кости таза, а первичный очаг, несмотря на использование современных методов диагностики, выявить не удалось.

Результаты: все пациенты были разделены на следующие группы: 1 – с выявленным ранее онкологическим заболеванием, которые получали комбинированное лечение – 10 (30,3%), 2 – онкопроцесс выявлен при манифестации ТГВ – 18 (54,5%), 3 – больные в терминальном состоянии (метастазы, прорастание соседних органов, сосудистого пучка) – 5.

Оперативное лечение нами выполнялось в 1 и 2 группах и показанием служили: флотирующая часть тромба более 4-5 сантиметров и ТЭЛА в анамнезе. Троим пациентам, по этому поводу, выполнено лигирование либо пликация вены выше верхушки тромба в месте венозного конfluence. Один больной из 3 группы от предложенного оперативного вмешательства отказался.

Всем больным проводилась медикаментозная терапия: гепарин, низкомолекулярные гепарины в течение 5-7 дней, а затем пероральные антикоагулянты, среди которых чаще использовали - дабигатран 13 (39,4%). До широкого внедрения в клиническую практику новых пероральных антикоагулянтов нередко использовали варфарин или даже дезагрегирующую терапию, иногда сочетанную (ацетилсалициловая кислота и клопидогрель). Во всех случаях назначали флеботоники и компрессионную терапию нижних конечностей.

В наших наблюдениях ТЭЛА была отмечена в 5 случаях, причём поражались мелкие ветви лёгочной артерии (в 1 группе – три наблюдения, во 2 – два). Летальных исходов нами не отмечено.

Выводы:

1) Наиболее часто (54,5%) ТГВ отмечали у пациентов 2 группы, то есть когда онкопроцесс выявлялся впервые при манифестации тромбоза.

2) Показания к операции не зависели от группы наблюдения и на наш взгляд ими служили флотация головки тромба свыше 4 сантиметров и ТЭЛА в анамнезе.

3) Несмотря на имевшиеся предпосылки для развития ТЭЛА у пациентов в запущенных стадиях онкопроцесса, мы в своих наблюдениях этой патологии не отметили, что возможно связано с малым числом наблюдений.

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ КАВА-ФИЛЬТРОВ ПРИ ФЛОТИРУЮЩИХ ТРОМБОЗАХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

БОЯРИНЦЕВ В.В., ЗАКАРЯН Н.В., БАРИНОВ В.Е., ПАНКОВ А.С., ДАВТЯН А.Г.,
ШЕЛЕСКО А.А., ЛОБАСТОВ К.В., ИГНАТЕНКО А.В.

ФГБУ “Клиническая больница №1” Управления делами Президента РФ, г.Москва, Россия

Цель: Изучить эффективность имплантации временных кава-фильтров у пациентов с флотирующими тромбозами вен нижних конечностей

Материалы и методы: В статье представлен опыт эндоваскулярных вмешательств у 54 пациентов с флотирующими тромбозами вен нижних конечностей, которым в нашей клинике были установлены временные кава-фильтры за период с 2005 по 2016 гг. Возраст пациентов колебался от 32 до 69 лет, в среднем составив 52 года. Диагноз ставился на основании ультразвуковой доплерографии вен нижних конечностей. У 42 (77,8%) больных были имплантированы кава-фильтры “OPT EASE” фирмы “Cordis”, еще у 12 (22,2%) пациентов были установлены временные кава-фильтры “ALN” фирмы “ALN Implants Chirurgicaux”. Удаление кава-фильтров проводилось после исчезновения флотирующей верхушки тромба, подтвержденное данными УЗДГ вен нижних конечностей.

Результаты: Частота технического успеха операции составила 100%. Осложнений в госпитальном периоде отмечено не было. В отдаленном периоде было удалено 43 (79,6%) кава-фильтра. Еще у 7 (12,9%) пациентов временный кава-фильтр был оставлен в качестве постоянного, вследствие высокого риска развития повторных венозных тромбозов. У 4 (7,4%) пациентов не удалось удалить кава-фильтр, из-за сильного прирастания каркаса фильтра к стенке нижней полой вены, или вследствие наличия тромба в самом фильтре. Следует отметить, что у всех этих 4-х пациентов были имплантированы кава-фильтры “OPT EASE” (максимальный срок удаления после установки составил 12 недель). Максимальный срок удаления фильтра “ALN” после установки составил 28 недель, все устройства данного типа были удалены без каких-либо проблем. Осложнений в ходе удаления кава-фильтров отмечено не было.

Обсуждение: В современных условиях при наличии флотирующих тромбозов вен нижних конечностей более предпочтительно использовать временные кава-фильтры, особенно у молодых пациентов. Практически у всех пациентов удается удалить временный кава-фильтр в отдаленном периоде, и таким образом избежать рисков, связанных с многолетним нахождением в НПВ постоянного кава-фильтра. Следует

отметить, что предпочтение следует отдавать устройствам, которые можно безопасно удалить спустя несколько лет после имплантации, например, кава-фильтру “ALN”.

Выводы: Имплантация временных кава-фильтров у пациентов с флотирующими тромбозами вен нижних конечностей является эффективным и безопасным вмешательством.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАТЕТЕРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ МАССИВНОМ ТРОМБОЗЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

БОЯРИНЦЕВ В.В., ЗАКАРЯН Н.В., БАРИНОВ В.Е., ПАНКОВ А.С., ДАВТЯН А.Г.,
ШЕЛЕСКО А.А., ЛОБАСТОВ К.В., ИГНАТЕНКО А.В., СКВОРЦОВ Д.В.

ФГБУ “Клиническая больница №1” Управления делами Президента РФ, г.Москва, Россия

Цель: Изучить эффективность катетерного тромболизиса у пациентов с острыми массивными тромбозами вен нижних конечностей

Материалы и методы: В статье представлен опыт эндоваскулярных вмешательств у 7 пациентов с острыми массивными тромбозами вен нижних конечностей, которым в нашей клинике проводился катетерный тромболизис за период с 2014 по 2016 гг. Возраст пациентов колебался от 29 до 64 лет, в среднем составив 49 лет. Все пациенты поступали с картиной выраженного болевого синдрома и отека пораженной конечности. Диагноз ставился на основании ультразвуковой доплерографии вен нижних конечностей и селективной ангиографии. У 5 (71,4%) пациентов тромбоз распространялся на глубокие вены голени, а также на подвздошные и бедренные вены пораженной конечности, у 2 (28,6%) больных отмечался только диффузный тромбоз подвздошных и бедренных вен. Всем 7 пациентам перед выполнением тромболизиса имплантировали временные кава-фильтры. У 4 (57%) пациентов доступ выполнялся через контралатеральную общую бедренную вену, еще у 3 (43%) больных доступ проводился через ипсилатеральную подколенную вену. У всех 7 пациентов катетерный тромболизис выполнялся с помощью тканевого активатора плазминогена (актилизе), вначале через катетер вводился болюс препарата, затем применялась постоянная инфузия актилизе в дозе 1 мг/час на срок до 24 часов. Результат тромболизиса подтверждался с помощью контрольной флебографии.

Результаты: Частота клинического и ангиографического успеха операции в госпитальном периоде составила 100%. У всех больных была отмечена полная или частичная реканализация илеофemorальных вен пораженной нижней конечности. Также у всех пациентов отмечалось исчезновение боли и уменьшение отека. Осложнений в госпитальном периоде отмечено не было. После нормализации клинической картины в сроки до 6 недель было удалено 6 кава-фильтров, еще 1 кава-фильтр был оставлен в качестве постоянного, вследствие высокого риска развития повторных венозных тромбозов. В отдаленном периоде обследовано 4 (57%) больных, жалоб пациенты не предъявляли, признаков посттромбофлебитического синдрома отмечено не было.

Обсуждение: В современных условиях эндоваскулярные методики лечения острого массивного тромбоза вен нижних конечностей становятся все более популярными. Одним из преимуществ катетерного тромболизиса перед системным является низкая доза вводимого препарата, благодаря чему значительно снижается риск геморрагических осложнений в госпитальном периоде. Наш опыт также подтвердил высокую эффективность и безопасность данной методики.

Выводы: Катетерного тромболизис является эффективным и безопасным вмешательством у пациентов с острыми массивными тромбозами вен нижних конечностей.

ПРИМЕНЕНИЕ КАТЕТЕРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

БОЯРИНЦЕВ В.В., ЗАКАРЯН Н.В., БАРИНОВ В.Е., ПАНКОВ А.С., ДАВТЯН А.Г.,
ШЕЛЕСКО А.А., ИГНАТЕНКО А.В., ЛОБАСТОВ К.В.

ФГБУ “Клиническая больница №1” Управления делами Президента РФ, г.Москва, Россия

Цель: Изучить эффективность катетерного тромболизиса у пациентов с острыми тромбозами артерий нижних конечностей

Материалы и методы: В статье представлен опыт эндоваскулярных вмешательств у 6 пациентов с острыми тромбозами артерий нижних конечностей, которым в нашей клинике проводился катетерный тромболизис за период с 2013 по 2016 гг. Возраст пациентов колебался от 39 до 74 лет, в среднем составив 62 года. Все пациенты поступали в клинику с картиной критической ишемии пораженной конечности. Срок от момента развития симптомов до поступления в отделение колебался от 6 часов до 4-х дней. Диагноз ставился на основании ультразвуковой доплерографии вен нижних конечностей и селективной ангиографии. У 4 (67%) пациентов доступ выполнялся через контралатеральную общую бедренную артерию, еще у 2 (33%) больных доступ проводился антеградно, через ипсилатеральную общую бедренную артерию. У всех 6 пациентов катетерный тромболизис выполнялся с помощью тканевого активатора плазминогена (актилизе), вначале через катетер вводился болюс препарата непосредственно в зону локализации тромба, затем применялась постоянная инфузия актилизе в дозе 1 мг/час на срок до 24 часов. Результат тромболизиса подтверждался с помощью контрольной ангиографии на следующий день.

Результаты: Частота клинического и ангиографического успеха операции в госпитальном периоде составила 100%. У 4 (67%) больных был отмечен полный, у 2 (33%) – частичный лизис тромбов. Далее у 5 (83%) пациентов выполнялись эндоваскулярные вмешательства на пораженной нижней конечности с имплантацией стентов в область атеросклеротических сужений, 1 (17%) пациенту операция не потребовалась в связи с полной проходимостью всех артериальных сегментов. Осложнений в госпитальном периоде отмечено не было.

Обсуждение: В современных условиях эндоваскулярные методики лечения острого тромбоза артерий нижних конечностей становятся все более популярными. Одним из преимуществ катетерного тромболизиса перед системным является низкая доза вводимого препарата, благодаря чему значительно снижается риск геморрагических

осложнений в госпитальном периоде. Также использование тромболизиса значительно снижает вероятность дистальной эмболии при эндоваскулярных вмешательствах. Наш опыт также подтвердил высокую эффективность и безопасность данной методики.

Выводы: Катетерного тромболизис является эффективным и безопасным вмешательством у пациентов с острыми тромбозами артерий нижних конечностей.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДЛОЖЕННОГО МЕТОДА ФОРМИРОВАНИЯ НЕНАТЯЖНОЙ МАНЖЕТЫ У БОЛЬНЫХ С ГПОД С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ НИССЕНА

БУРИКОВ М.А., ШУЛЬГИН О.В., КИНЯКИН А.И., СКАЗКИН И.В.

РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность: В настоящее время в человеческой популяции значительно распространена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы приводящая к такому грозному осложнению как рефлюкс-эзофагит.

Клиническими проявлениями грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагита являются изжоги, боль за грудиной и регургитация.

Частота осложнений: рефлюкс-эзофагит (до 86%), пищевод Барретта (до 10-15%), рак пищевода (до 2%).

Цель исследования: сравнить предложенную методику оперативного лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с лапароскопической операцией Ниссена.

Материалы и методы: За период с 2013 по 2015 г. в ХО РКБ прооперировано 160 пациентов с диагнозом грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Выборка пациентов разбита на две группы по способу выполнения операции:

группа 1- лапароскопическая операция Ниссена- 74 пациента (46.25%);

группа 2- Оригинальная лапароскопическая модифицированная операция Ниссена- 86 пациентов (53.75%);

В настоящее время грыжа пищеводного отверстия диафрагмы оперируется по методике лапароскопической операции Ниссена. Данная операция отличается излишней травматичностью и большим количеством послеоперационных осложнений в связи с избыточной мобилизацией пищевода и желудка, а способ формирования манжеты препятствует пропульсивной динамике и имеет тенденцию к «соскальзыванию»

В нашей клинике мы применяем собственную модификацию операции Ниссена :

-Операция выполняется лапароскопически (оригинальная расстановка троакаров в зависимости от конституционального типа пациента- (патент РФ от 27.09.2014 № 2529415)

-Обязательная дозированная задняя крурорафия.

- Сохранение связочного аппарата пищеводно-желудочного перехода.

- Формирование полной манжеты передней стенкой желудка с обязательной фиксацией в верхней точке к пищеводу.

- Протезирование диафрагмы при больших размерах грыжевых ворот.

Послеоперационные осложнения (болевой синдром, дисфагия, гастропарез, синдром «gas-bloat», синдром телескопа, диспепсия): группа 1- 15.3% группа 2- 9.2%

Заключение: предложенная методика оперативного лечения грыжи пищеводного отверстия является более физиологичной в сравнении с методикой Ниссена так как сохраняется связочный аппарат желудка и абдоминальной части пищевода соответственно меньше операционная травма.

Сведение к минимуму синдрома «телескопа», явлений дисфагии и аксиальной ротации пищевода максимального сохранения связочного аппарата пищевода и желудка. Сокращаются сроки пребывания в стационаре после операции.

Выводы: предложенная оригинальная методика лапароскопической модифицированной операции Ниссена имеет доказанно лучшие результаты в сравнении с классической методикой по таким критериям как: рецидив ГЭРБ, дисфагия, гастропарез, демпинг-синдром, синдром «gas-bloat», синдром телескопа, диспепсия и может быть рекомендована к применению в специализированных хирургических стационарах.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБОЗАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН

ГАВРИЛЕНКО А.В.^{1,2}, ВАХРАТЯН П.Е.^{1,3}, ЧЕРНООКОВ А.И.³, КОТАЕВ А.Ю.³,
ЛАРИОНОВ А.А.⁴

¹ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского», ²Кафедра сердечно-сосудистой хирургии №1 ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, ³Кафедра госпитальной хирургии №2 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, ⁴ЗАО "Центр Флебологии"

Цель исследования: Определить оптимальную тактику хирургического лечения и профилактики ТЭЛА у больных с флотирующими тромбозами магистральных вен.

Материалы и методы: В отделении хирургии сосудов ФГБНУ «Российский Научный Центр Хирургии», клинике Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и ЗАО "Центр Флебологии" с 2010 по 2016г.г. пролечено 136 пациентов с флотирующими тромбозами магистральных вен нижних конечностей. Среди больных, которым была применена хирургическая тактика, было 49 (36%) мужчин и 87 (64%) женщин. Средний возраст составил 56±4,7 лет.

Все пациенты при поступлении проходили полный комплекс общеклинического обследования, которое включало в себя обязательное ультразвуковое дуплексное сканирование венозной системы бассейна нижней полой вены. По результатам ультразвукового дуплексного сканирования пациенты были разделены на две группы. I-ая группа это 92 (68 %) больных у которых был выявлен острый флеботромбоз в системе поверхностных вен и II-ая группа это 44 (32 %) больных у которых восходящий флеботромбоз выявлен в глубоких венах.

По данным дуплексного ангиосканирования больные I группы (с тромбозом поверхностной венозной системы) были распределены на 3 подгруппы. Первую подгруппу составили 22 (24%) больных, из которых у 8 (9%) уровень тромбоза определялся в ср/3 голени и у 10 (11%) больных в/3 голени и у 4 (4%) больных в бассейне малой подкожной вены в в/3 голени. Вторую подгруппу составили 56 (61%) больных, из которых у 11 (12%), уровень тромбоза определялся в н/3 бедра, у 15 (16%) больных в средней трети бедра, у 18 (32%) больных верхней трети бедра, и у 12 (21%) больных у которых тромбоз определялся на уровне створок клапана сафено-фemorального соустья. Третью подгруппу составили 14 (15%) больных, из которых у 12 (13%), уровень тромбоза определялся выше сафено-фemorального соустья с переходом тромба в общую бедренную вену и у 2 (2%) больных тромб определялся на уровне сафено-попliteального соустья.

Больные II группы (с тромбозом глубокой венозной системы) так же были распределены на 3 подгруппы. В первую подгруппу вошли 14 (32%) больных, у которых тромбоз определялась в подколенной вене. Во вторую подгруппу вошли 21 (48%) больных, у которых тромбоз определялся в бедренной вене, и в третью подгруппу вошли 9 (20%) больных, у которых тромбоз определялся в бедренной вене с переходом на подвздошную вену.

Результаты: Всем больным в целях профилактики тромбоэмболических осложнений применялась активная хирургическая тактика.

Больным 1 и 2 подгруппы I-й группы (с флеботромбозом поверхностной венозной системы) 42 (46%) пациентам выполнялась только кроссэктомия общепризнанная при восходящем флеботромбозе поверхностной венозной системы. 34 (37%) пациентам в бассейне большой подкожной вены, и 2 (2%) пациентам в бассейне малой подкожной вены радикальное лечение проводилась в один этап. Больным 3 подгруппы I-ой группы 13 (14%) пациентам выполнялась кроссэктомия + тромбэктомия из общей бедренной вены, 1 (1%) пациенту выполнено кроссэктомия и тромбэктомия из сафено-поплитеального соустья.

Больным II-ой группы (с тромбозом глубокой венозной системы) 21 (48%) пациентам выполнена перевязка бедренной вены у устья глубокой вены бедра, 14 (32%) пациентам выполнена тромбэктомия из бедренной вены + перевязка бедренной вены у устья глубокой вены бедра, 9 (20%) пациентам выполнена тромбэктомия из бедренной вены + пликация бедренной вены у устья глубокой вены бедра.

Больным, которым выполнялось радикальное хирургическое лечение с удалением ствола и притоков на высоте воспалительного процесса, в послеоперационном периоде на 2-3 сутки отмечалось исчезновение признаков воспаления, нормализация температуры тела, регресс гиперемии и болезненности по ходу вены.

Выводы: Таким образом, хирургические способы лечения больных с флотирующими тромбами магистральных вен инфраингвинальной зоны наряду с консервативными методами могут являться методом выбора для профилактики ТЭЛА. После радикального хирургического лечения у больных, отпадает необходимость в повторной госпитализаций для удаления ствола и притоков оставленных после кроссэктомии.

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ.

ГРОМАЦКИЙ Д.Ф., САФОНОВ В.А., ШЕРОВ Р.З.

Кардиоцентр, Дорожная клиническая больница, г.Новосибирск, Россия

Тромбозы в системе нижней полой вены являются актуальной проблемой в современной медицине, нуждающейся в развитии новых лечебных технологий.

Цель исследования: оптимизировать тактику консервативного лечения глубоких венозных тромбозов в системе нижней полой вены, отследить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы: За период с октября 2013г. по май 2016г. (32 месяца) в отделении сосудистой хирургии НУЗ ДКБ находилось на стационарном консервативном лечении 178 пациентов с глубокими тромбозами в системе нижней полой вены. Мужчин было 102 (57,3 %), женщин 76 (42,7 %). Пациенты распределились по следующим возрастным группам: в возрасте до 40 лет – 36 (20,2 %), от 41 до 60 лет – 48 (27,0 %), старше 60 лет – 94 (52,8 %). Основным инструментальным методом обследования являлось ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов с цветным доплеровским картированием. По локализации тромбоза пациенты распределились следующим образом: подколенно-берцовый сегмент – 54 (30,3 %), бедренно-подколенный сегмент – 88 (49,5 %), подвздошно-бедренный сегмент и нижняя полая вена 36 (20,2 %). Причины тромбозов: у 63 (35,4 %) больных травма или операция; 35 (19,7 %) онкологические заболевания; 23 (12,9 %) беременность или прием гормональных препаратов; 36 (20,2 %) перенесенные ранее тромбозы, варикозная болезнь; 21 (11,8 %) другие причины.

В условиях нашей клиники мы использовали следующие подходы к антикоагулянтной терапии. При поступлении пациентов в острую фазу глубокого венозного тромбоза антикоагулянтная терапия начиналась с введения нефракционированного гепарина (в суточной дозе от 10000 ЕД до 30000 ЕД) или низкомолекулярных гепаринов (Фрагмин) 100 МЕ/кг массы тела 2 раза в сутки, (Фраксипарин) 0,3 – 0,6 мл 2 раза в сутки. Со 2 – 3 дня начинали применять НОАК: Ривароксабан в дозе 15 мг 2 раза в сутки, Дабигатран 150 мг 2 раза в сутки, Апиксабан 10 мг 2 раза в сутки или антагонистов витамина К (Варфарин) с индивидуальным подбором дозы под контролем МНО. При проксимальных, неэмболоопасных тромбозах терапия НОАК начиналась с 1 – 2 дня. При поступлении пациента в стационар в подострую фазу тромботического процесса с первых дней начиналась моноантикоагулянтная терапия одним из НОАК: (Ривароксабан) в дозе 20 мг в сутки, Дабигатран 150 мг 2 раза в сутки,

Апиксабан 5 мг 2 раза в сутки или антагонистами витамина К (Варфарин) в индивидуальной дозировке под контролем МНО. Стационарная стадия лечения пациентов с глубокими венозными тромбозами в системе нижней полой вены длилась от 7 до 14 дней. С интервалом в 2 – 3 дня выполнялось дуплексное сканирование вен в динамике. Оценивались стабильность тромбоза, отсутствие прогрессии и распространения в проксимальном направлении, фиксация флотирующей верхушки тромба, степень организации тромботических масс. При стабильном тромботическом процессе, отсутствии эмболоопасности пациенты выписывались на амбулаторный этап долечивания.

На амбулаторном этапе большинство пациентов (122) находилось под динамическим наблюдением, включавшем в себя осмотр ангиохирурга и контрольное дуплексное сканирование вен через 1, 3, 6, 8, 12 и 24 месяца после выписки из стационара, а так же лабораторный мониторинг системы гемостаза (определении уровня Д-димера). Критериями оценки эффективности проводимого консервативного лечения являлись: прогрессирующие и повторные тромбозы, клинические проявления венозной недостаточности, степень реканализации тромбированных сегментов, геморрагические осложнения антикоагулянтной терапии.

В группе пациентов принимавших один из НОАК по поводу глубоких венозных тромбозов в системе нижней полой вены случаев прогрессирования тромбозов, повторных тромбозов, ТЭЛА не зарегистрировано. У всех пациентов уменьшилась степень выраженности клинических проявлений хронической венозной недостаточности (боль, отек, тяжесть, трофические нарушения), улучшение качества жизни.

В сроки от 1 до 3 месяцев у 76 (55,9 %) пациентов принимавших один из НОАК наступила полная или практически полная (до 70 – 80 %) реканализация тромбированных сегментов. Через 6 – 12 месяцев у 29 (21,3 %) пациентов наступила полная или практически полная реканализация тромбированных сегментов. У 2 пациентов по истечении 24 месяцев приема НОАК реканализация тромбированных сегментов не достигнута. В одном случае зафиксирован эпизод рецидивного прямокишечного кровотечения на фоне постлучевого проктосигмоидита и в одном случае эпизод желудочно-кишечного кровотечения из острых эрозий желудка, что потребовало коррекции антикоагулянтной терапии. У 12 пациентов имели место «малые», клинически не значимые кровотечения (носовые кровотечения, кровоточивость десен, необильные геморроидальные кровотечения).

В группе пациентов принимавших на амбулаторном этапе антагонисты витамина К (Варфарин) случаев прогрессирования тромбоза, повторных тромбозов так же не зарегистрировано. Уменьшение степени клинических проявлений венозной

недостаточности происходило медленнее чем в группе пациентов принимавших НОАК. В сроки от 1 до 3 месяцев у 15 (35,7 %) пациентов наступила полная или практически полная реканализация тромбированных сегментов. Через 6 - 12 месяцев полная или практически полная реканализация тромбированных сегментов наступила у 14 (33,3 %) пациентов. В 3 случаях имели место эпизоды макрогематурии, в 2 случае кровотечения из геморроидальных узлов и у 4 пациента носовые кровотечения и кровоточивость десен на фоне некорректной дозы Варфарина.

Таким образом, по результатам нашего исследования, все зарегистрированные на сегодняшний день НОАК проявили себя как не менее эффективные, а в ряде случаев превосходящие по эффективности и более безопасные средства для лечения острых венозных тромбозов в системе нижней полой вены по сравнению со стандартными антикоагулянтами. Применение НОАК предоставляет удобную альтернативу терапии эноксапарину и антагонистам витамина К при лечении глубоких венозных тромбозов в системе нижней полой вены и вторичной профилактики тромбоэмболических событий. Обращает на себя внимание клиническая выгода у пациентов принимавших НОАК при лечении глубоких венозных тромбозов в системе нижней полой вены (ранняя реканализация тромбированных сегментов, более быстрое нивелирование отека, болей, минимизация клинических проявлений посттромботической болезни, улучшение качества жизни).

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУСНАЙ М.В., ПОДДУБНЫЙ А.В., ТРАПЕЗНИКОВА А.И., УДОВЕНКО И.А.,
ДЮЖИКОВ А.А.

ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: изучить особенности хирургической реваскуляризации миокарда у пациентов, имеющих в анамнезе выраженную варикозную болезнь нижних конечностей.

Материалы и методы исследования: за период с 2012 по 2015 года был проведен анализ 25 клинических случаев. У обследуемых пациентов выявлялись либо выраженные изменения подкожных вен на обеих нижних конечностях, либо отсутствие подкожных вследствие ранее проведенных оперативных вмешательств. Всем больным была проведена прямая реваскуляризация миокарда. У 20 (80 %) пациентов регистрировался III ФК стенокардии напряжения, у 5(20%) – IV ФК. На дооперационном этапе выполнялся весь комплекс инструментальных и лабораторных исследований. В ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах применялись различные клинические и инструментальные методы, такие как, эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ), коронарошунтография, СКТ-шунтография. Средний возраст больных – 59,4 ±4,6. У 20 пациентов (80 %) наблюдалось поражение систем ПМЖВ и ОВ, у 12 (48 %) – ПМЖВ, ОВ, ПКА. В качестве трансплантата использовали правую и левую лучевые артерии при отрицательной пробе Аллена. У 2 больных использовали наряду с левой внутренней грудной артерией – правую внутреннюю грудную артерию. Все вмешательства проводились через срединную стернотомию. Результаты: Отмечен 1 случай госпитальной летальности у пациента с генерализованным атеросклерозом, имевшим в анамнезе также ХОБЛ и СД. 1 пациент был взят повторно в операционную в связи с кровотечением. 20 Пациентам (80 %) через 1-2 года выполнялась коронарошунтография. При выполнении шунтографии и СКТ-коронарографии выявлено, что у 20 пациентов (100 %) маммарокоронарный шунт (ЛВГА) проходим. У 2 пациентов шунт из правой внутренней грудной артерии также был проходим. Проходимость аутоартериальных шунтов (лучевая артерия) составила 78, 3 % .

Выводы: у пациентов, имеющих выраженное поражение поверхностных вен нижних конечностей, а также их отсутствие, вследствие ранее перенесенных реконструктивных операций и флебэктомий, в качестве альтернативы для шунтов при АКШ могут быть использованы левая и правая лучевые артерии, а также в некоторых

случаях правая внутренняя грудная артерия. Для успешного функционирования таких трансплантантов важны оптимальная ранняя спазмолитическая поддержка, проведение пробы Аллена, послеоперационный прием спазмолитиков. При рациональном подходе и контроле кровообращения в верхних конечностях проходимость аутоартериальных шунтов имеет высокие показатели.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РИВАРОКСАБАНА У БОЛЬНЫХ С ДИСТАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ

ДОЛГОПОЛОВ В.В.¹, МИРОШНИЧЕНКО П.В.², ЧАЙКА О.О.¹, ШАПОВАЛОВ Н.А.²,
ПРОНИН И.В.², ЛЯЩУК А.В.²

¹Луганский государственный медицинский университет;
²Луганская республиканская клиническая больница, г.Луганск, ЛНР

Главной задачей лечения больных с дистальными формами флеботромбозов является профилактика развития ТЭЛА и рецидивов венозного тромбоемболизма (ВТЭ). Это достигается назначением длительной антикоагулянтной терапии для предотвращения распространения тромба, последующим обеспечением фибринолиза тромба и реканализации вен. Обычный подход к быстрому созданию и дальнейшему поддержанию надлежащего уровня антикоагуляции – начало лечения с парентерального введения достаточно высоких (лечебных) доз антикоагулянтов (нефракционированного гепарина, низкомолекулярного гепарина или фондапаринукса) с переходом на антагонист витамина К и поддержанием значений международного нормализованного отношения (МНО) в диапазоне 2,0–3,0. В последние годы селективные пероральные антикоагулянты значительно потеснили традиционные препараты при проведении стартовой терапии ВТЭ, главным образом из-за простоты применения и дозирования.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и безопасность применения препарата ривароксабан у больных с дистальными формами флеботромбозов.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 70 больных, с флебографически подтвержденным дистальным флеботромбозом. В зависимости от программы лечения все больные были разделены на две группы: контрольная группа (I) и основная группа (II). В контрольную группу вошло 34 (49,75 %) больных, лечение которым проводилось назначением бемипарин натрия для больных с массой тела менее (более) 60 кг - доза составляет 2500 (3500) МЕ антифактора Ха в виде подкожной инъекции в течение 10 суток, с переходом на антагонист витамина К и поддержанием значений международного нормализованного отношения (МНО) в диапазоне 2,0–3,0.

Основную группу составили 36 (50,25 %) больных, которым проводили монотерапию ривароксабаном по следующей схеме: таблетки 15 мг X 2 раза/сут 21 день с переходом на таблетку 20 мг 1 раз/сут в течение 3-6 месяцев.

Оценивались изменения на флебографических шкалах Арнесена до и после лечения больных с дистальными формами флеботромбозов.

Результаты и обсуждение: Применение препарата ривароксабан в основной группе больных с дистальными формами флеботромбозов достоверно снижало показатели шкал Арнесена ($p=0,02$) уже на 8,24 сутки (в контрольной группе – на 9,36сутки). Результаты были независимы от стратификации. Редукция длины тромба была достоверно ($p=0,03$) больше в основной группе, чем в контрольной группе. Реканализация глубоких вен наступила у 78% больных основной группы и у 63% больных в контрольной группы. Частота случаев клинической ТЭЛА: 1 нефатальный в основной группе и 2 нефатальных случая клинической ТЭЛА в контрольной группе. Существенных различий между частотой возникновения значительных кровотечений в обеих группах больных не было. Тромбоцитопения в обеих группах больных не отмечалась. В основной группе не отмечалось ни одного эпизода малых кровотечений по сравнению с 9 случаями в контрольной группе.

Шесть месяцев спустя не было зарегистрировано ни одного рецидива ВТЭ в основной группе по сравнению с 4 случаями в контрольной группе.

Выводы: Таким образом, применение препарата ривароксабан у больных с дистальными формами флеботромбозов достоверно снижает показатели флебографической шкалы Арнесена, а также эффективно и безопасно предотвращает развитие ТЭЛА и рецидивов венозного тромбоэмболизма.

Наряду с простотой практического использования (ежедневный пероральный прием фиксированной дозы препарата без необходимости лабораторного контроля выраженности антикоагулянтного эффекта) это предельно упрощает лечение, что может быть особенно полезным при раннем переходе на амбулаторное лечение или отказе от госпитализации больных с низким риском неблагоприятного течения заболевания.

К ИСТОРИИ ТАКТИКИ ВРАЧА ПРИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ВЕН

ЕМЕЛЬЯНОВ В.А. ЗАБАЗНОВ К.Г.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Бурное развитие флебологии обусловлено жизненной необходимостью. Тяжкие последствия тромботических поражений вен, заканчивающиеся в ряде случаев смертельным исходом, требуют серьезного подхода к оказанию помощи таким больным.

Известная триада Вирхова прочно вошла в сознание практикующих врачей и ученых далекого прошлого и настоящего времени. В связи с этим диагностика тромботических поражений поверхностных вен в прошлом не представляла затруднений. Однако диагностика тромбофлебита и особенно флеботромбоза глубоких вен нижних конечностей в начале прошлого века и даже в середине его была ориентировочной. Не было возможности точно определить локализацию тромба, его форму и величину, его степень фиксации к стенке сосуда. Термин «флотирующий тромб» появился лишь тогда, когда мы смогли безопасным путем в широком масштабе увидеть сосуды и их содержимое с помощью электронной техники-УЗИ. Небезопасная флебография была уделом отдельных крупных медицинских учреждений.

Зачастую последствия тромботических поражений вен заканчивались образованием обширных трофических язв, стойких отеков, переходящих иногда в слоновость и самое главное безуспешность лечения тяжелых форм ТЭЛА со смертельным исходом. Это заставляло врачей быть особенно осторожными при поражении глубоких вен. Поэтому длительный лечебный покой был ведущим приемом при флеботромбозах.

Трудно представить сейчас, что при илеофemorальных тромбозах больных укладывали в постель на несколько месяцев. Что заканчивалось, в конце концов стойким отеком и даже слоновостью.

В терапевтической практике тех дальних лет случалось, что двухсторонний отек нижних конечностей вследствие тромбоза нижней полой вены принимался за проявления сердечной декомпенсации, хотя ни асцита, ни грубых сердечных изменений не было. Основой лечебной тактики был длительный покой и сердечная лекарственная терапия. В результате чего появлялся длительный и упорный лимфостаз, который, кстати сказать, и в настоящее время лечению поддается с трудом.

Столь важная антикоагулянтная терапия в начале прошлого века, да и в середине века, ограничивалась, в основном гепаринами и производными диккумарина. Имевшие место кровотечения после назначения гепарина или его безуспешность сдерживали

назначения гепарина, тем более не всегда учитывалась фармакодинамика гепарина и сама методика введения препарата.

Однако в амбулаторной практике широко использовалась гирудотерапия и весьма успешно, особенно при флеботромбозах глубоких вен верхних конечностей.

При лечении илеофemorальных тромбозов был период увлечения паравазальными инъекциями различных комбинаций препаратов, однако значимых улучшений при этом не наблюдалось.

Шли годы, наука и практика совершенствовались. На смену попыткам и пробам пришла надежная и безопасная диагностика, тромботических поражений вен, широкое использование современной антикоагулянтной терапии. Понимание патофизиологических процессов при тромботических поражениях позволило активизировать тактику ведения больных, широко внедрить оперативную технику при тромботических поражениях вен, фибринолитическую терапию.

Широкое освещение проблемы тромботических поражений в литературе, на многочисленных форумах дает нам право с определенным оптимизмом смотреть на эту проблему в настоящем и в будущем.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ И АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ЖОЛКОВСКИЙ А.В., ЕРМОЛЕНКО В.В., ЧУБАРОВ В.Е., УРУСОВ И.А.

ФГУБЗ Южный окружной медицинский центр ФМБА России, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: Изучить эффективность и безопасность различных вариантов медикаментозного противотромботического сопровождения пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК).

Материалы и методы: Проанализированы непосредственные результаты хирургического лечения 371 пациента с критической ишемией нижних конечностей, оперированных с 2014 по 2015 год, с учетом выраженности болевого синдрома, типа вмешательства и метода анестезии, сопутствующей патологии, используемой схемы медикаментозной профилактики тромбоза реконструкции.

Всем пациентам до вмешательства выполнялась гастродуоденоскопия: у 29 выявлены геморрагические эрозии, у 9 - язва двенадцатиперстной кишки (ДПК), что потребовало предоперационной подготовки с использованием препаратов – блокаторов протонной помпы, адекватного обезболивания (18 - центральные анальгетики, 39 - нестероидные противовоспалительные препараты, 6 - продленная эпидуральная анестезия). В данной группе больных оперативное лечение осуществлялось только при полной эпителизации эрозий, либо при выраженной положительной динамике по результатам контрольного эндоскопического исследования.

Всем пациентам интраоперационной болюсно вводился нефракционированный гепарин в дозе 5000-7500 тыс.ЕД. Имелась зависимость применяемой схемы антикоагуляции от вида анестезии. Только у 165 из 371 пациентов эндоваскулярные вмешательства были выполнены под местной анестезией с медикаментозной седацией: 12 на поверхностной бедренной артерии, 18 - на подколенной, берцовом сегменте - 45, 78 - на подвздошном и нижележащих сегментах (многоуровневое поражение). 65 % из данной группы до операции не менее 3 дней, либо по экстренной схеме получали двойную антиагрегантную терапию (аспирин + клопидогрель), продолженную после операции; 35 % получали только аспирин с однократным введением низкомолекулярных гепаринов и введением клопидогреля по «экстренной» схеме.

198 больных на фоне монотерапии аспирином оперированы под спинномозговой анестезией: 59 открыто (бедренно-подколенное или берцовое шунтирование, эндартерэктомия из общей бедренной и глубокой бедренной артерии), 14 выполнена

петлевая рентгеноконтролируемая эндартерэктомия, 11 стентирование подвздошной и дистальная открытая реконструкция, 6 - открытая реконструкция с баллонной ангиопластикой берцового сегмента, 6 пациентам проведена конверсия после ангиографического исследования пункционным доступом.

189 больным в течение 12 часов продолжено введение нефракционированного гепарина в дозе 1000 мг/час, затем – низкомолекулярные гепарины в течение 5 суток и Варфарин с подбором дозы по МНО (2-2,5) без антиагрегантной терапии (11 - с фибрилляцией предсердий, 7 - в связи с низкой комплаентностью больных).

Результаты: Гастроинтестинальных кровотечений у пациентов в послеоперационном периоде не было. У 334 пациентов удалось купировать критическую ишемию. 10 оперированы повторно в связи с тромбозом реконструкции (6 - успешно), 4 выполнена высокая ампутация конечности.

Ранние послеоперационные тромбозы 4 случились на фоне нарушения режима приема препаратов пациентом, 3 - на фоне экстренной схемы насыщения клопидогрелем, 3 - на фоне терапии антикоагулянтами; 3 были связаны с выраженной коагулопатией у пациента

Обсуждение: На фоне адекватного обезболивания, исключения НПВС и применения современной комбинации медикаментозных средств удается устранить геморрагический компонент дефекта слизистой желудка и ДПК в течение 7-10 дней. Проблемой является обезболивание пациентов в этих случаях. Мы увидели хороший эффект от использования пролонгированной перидуральной блокады, применения центральных ненаркотических и наркотических анальгетиков, а также высокую результативность блокаду седалищного нерва под ультразвуковым наведением в нижней трети бедра. В особо сложных случаях поражений мы выполняем операцию под СМА, начинаем эндоваскулярно, при неудаче – переходим на гибридную или открытую операцию с оставлением возможности рентгеновского наведения. Реваскуляризирующая операция у пациента с КИНК должна быть окончательной, решить вопрос полностью и желательно - в один этап. Тромботические осложнения (10) встречались в небольшом проценте случаев практически во всех группах больных и были связаны с дефектом реваскуляризации (7) или выраженной коагулопатией (3).

Выводы: Хирургическое лечение пациентов с КИНК может быть успешным только при комплексном индивидуализированном подходе в вопросах подготовки, выбора методов обезболивания и операции, медикаментозного сопровождения и профилактики осложнений.

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА В Г. РОСТОВ-НА-ДОНУ: ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ ЖАЛОБ ПАЦИЕНТОВ, ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ЧКВ

ЗАКОВРЯШИНА И.Н., ХАИШЕВА Л.А., РЫЖКОВА Е.С., ШЛЫК С.В.,
САМОКАЕВ А.С., СУРОЕДОВ В.А.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия;
МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: Оценить распространенность основных жалоб у пациентов с ОИМ, время обращения от момента начала заболевания в зависимости от гендерных признаков, частоту выполнения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материалы и методы: В проспективное исследование запланировано включить 100 человек, поступивших в МБУЗ ГБСМП г. Ростов-на-Дону с диагнозом ОИМ. В настоящий момент с сентября 2015 года, после получения информированного согласия, включен 71 человек. Мужчин - 50 человек (70%), женщин – 21 (30%) $p < 0,05$. Летальный исход в условиях стационара наблюдался у 3 включённых пациентов (5%), все мужчины.

Критериями включения были: возраст от 35 до 70 лет; экстренная госпитализация по поводу ОИМ; пациенты с ОИМ, скончавшиеся в больнице. Критерии исключения: участие в клинических испытаниях на момент включения в исследование; ОИМ, развившийся в больнице после хирургического/интервенционного вмешательства.

Информация о пациентах была получена из истории болезни путем выкопировки данных. Каждый пациент отвечал на вопросы касающиеся социо-демографических, медицинских характеристик.

Результаты исследования: Средний возраст исследуемых мужчин 59,9 лет, женщин 61,7 лет ($p=0,41$). Основной жалобой мужчин и женщин была боль за грудиной 96,1% и 93,3%, на втором месте у женщин статистически чаще отмечалась одышка ($p < 0,05$), у мужчин потливость и слабость. У 64,7% женщин и 53,3% мужчин такие симптомы возникли впервые в жизни, что и заставило их обратиться за помощью. Статистически значимо больше обращались в скорую помощь, чем в поликлинику по месту жительства ($p < 0,03$). Следует отметить, что многие пациенты обращались за помощью не сразу от момента начала заболевания, 20% женщин сдерживал непостоянный характер боли, а 17,6% мужчин еще и страх. Даже в группе с повторным развитием ОИМ те же причины заставляли пациентов отложить обращение. Только 17% мужчин обратились в течение 15 минут от начала заболевания, остальные мужчины и женщины были более терпеливы и обращались спустя несколько часов. В группе с повторным ОИМ обращение в первый час было статистически больше ($p < 0,05$). Несмотря на случайную

выборку пациентов, время их поступления пришлось на дневное и вечернее время суток. Информированность наших больных о необходимости приема аспирина в момент начала болей в области сердца оказалась низкой 23,5%, в группе с повторным событием статистически значимо больше, чем с первичным ($p < 0,05$). На базе МБУЗ ГБСМП г. Ростов-на-Дону с декабря 2015г появился центр интервенционного лечения. ЧКВ было проведено 50,9% мужчин и 26,7% женщин. Оклюзия одного сосуда у мужчин составило 41,2 %, у женщин 20%. Статистически значимо чаще проводилось стентирование одного сосуда чем двух, как у мужчин, так и у женщин ($p < 0,05$). Средний возраст стентуемых женщин составил 61,6 лет, мужчин – 58,7% ($p = 0,09$). Относительно реваскуляризации на догоспитальном этапе хотелось бы сказать, что тромболитис проводился только у 3% пациентов.

Выводы: Средний возраст мужчин и женщин поступивших с ОИМ совпадает, причем не зависимо от возраста количество мужчин с ОИМ преобладает над женщинами во всех возрастных группах. 57% мужчин не обращаются за помощью при появлении болей сразу же, 17,6 % из них из-за страха перед медицинскими манипуляциями. Однако, в первые 15 мин после появления симптомов за мед помощью обращается 17% мужчин и 0% женщин. Максимальное количество больных поступает в ЛПУ по поводу ОИМ в течении 4-6 часов от начала заболевания. Более 80% женщин через 6-8 часов от появления первых симптомов. ЧКВ проводятся, по прежнему чаще мужчинам, чем женщинам (51% против 26,7%) возраст пациента не влиял на проведение ЧКВ.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ОИМ И ЧАСТОТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧКВ В Г. РОСТОВ-НА-ДОНУ

ЗАКОВРЯШИНА И.Н., ХАИШЕВА Л.А., ШЛЫК С.В., САМОКАЕВ А.С., ГРИДАСОВА
Р.А., СУРОЕДОВ В.А.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия;
МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, г. Ростов-на-Дону, Россия

Цели исследования: оценить распространенность основных модифицируемых ФР у пациентов с ОИМ, частоту выполнения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материалы и методы: В проспективное исследование запланировано включить 100 человек, поступивших в МБУЗ ГБСМП г. Ростов-на-Дону с диагнозом ОИМ. В настоящий момент с сентября 2015 года, после получения информированного согласия, включен 61 человек. Мужчин - 50 человек (82%), женщин – 11 (18%) $p < 0,05$. Средний возраст исследуемых мужчин $59,9 \pm 1,9$ лет, женщин $61,7 \pm 2,3$ лет. Летальный исход в условиях стационара наблюдался у 3 включённых пациентов (5%), все мужчины.

Критериями включения были: возраст от 35 до 70 лет; экстренная госпитализация по поводу ОИМ; пациенты с ОИМ, скончавшиеся в больнице; жители Ростова-на-Дону и Ростовской области.

Критерии исключения: участие в клинических испытаниях на момент включения в исследование; ОИМ, развившийся в больнице после хирургического/интервенционного вмешательства.

Результаты исследования: Большинство пациентов были старше 60 лет, 33 человека являлись пенсионерами по возрасту (54%), остальные 27 были работающими гражданами (44%). Возраст среди работающих людей и не работающих не различался. По данным анамнеза ИБС имели 60% обследованных, которой у 50% сопутствовала АГ. Необходимую лекарственную терапию принимали только 40% больных (иАПФ, антиагреганты, β -блокаторы, статины), что свидетельствует об исходно низкой приверженности к лечению. В группе с низкой комплаентностью больных статистически значимо больше мужчин, неженатых и незамужних пациентов. Сахарным диабетом страдали 40% обследуемых, в этой группе 83% получали сахароснижающую терапию, 17% коррегировали уровень глюкозы диетой. Стоит заметить, что среди опрошенных 80% курят на момент опроса или курили в прошлом. Средний возраст начала курения $18,3 \pm 2,1$ лет. В настоящее время только 30% курящих готовы отказаться от этой пагубной привычки. Ожирением страдали 30% пациентов (средний ИМТ составил $33 \pm 1,2$ кг/м²). По данным липидограммы 60% пациентов имели дислипотемию (ДЛП): уровень

холестерина $5,8 \pm 2,1$ ммоль/л и ЛПНП $2,78 \pm 1,42$ ммоль/л. Системный тромболизис (СТ) проводился бригадой скорой помощи у 6,5% больных (считая одного умершего).

У 70% пациентов при поступлении зафиксированы повышенные цифры АД (свыше 140/90 мм.рт.ст), а также повышение кардиоспецифичных ферментов (тропонин I, КФК, КФК – МВ). В течение часа с момента поступления 60% пациентов было проведено ЧКВ - коронароангиография (КАГ), стентирование. Поражение ствола ЛКА и ПКА отмечалось в 60% случаев, ЛКА в 30%, ПКА в 10%. Всем пациентам было произведено стентирование необходимых сосудов, использовались стенты с лекарственным покрытием. После процедуры пациенты отмечали улучшение состояния в виде купирования болевого синдрома, в связи, с чем сроки госпитализации сокращались. За время госпитализации у 5% пациентов был летальный исход, ЧКВ им не проводилось.

Выводы: В группе больных, перенесших острый коронарный синдром, распространенность модифицируемых факторов риска ИБС высока. Такие факторы как повышенный уровень ОХС и ХСЛНП, артериальная гипертония, нарушение углеводного обмена и абдоминальное ожирение встречаются у 60%, 50%, 40% и 30% пациентов. Курят 80% пациентов, среди которых статистически значимо больше мужчин. При работе с пациентами после перенесенного ОИМ для прогнозирования плохой приверженности, а, следовательно, и невысокого результата проводимой терапии важно учитывать такие факторы как мужской пол, семейное положение (особенно для мужчин), курение. Проведение ЧКВ статистически значимо снижает сроки госпитализации пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ФЛЕБОТРОМБОЗАМИ

КАЗАКОВ Ю.И., КАЗАКОВ А.Ю.

ГБУЗ ОКБ, г. Тверь, Россия

Цель: изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургической профилактики ТЭЛА, и оптимизировать тактику лечения флотирующих флеботромбозов в системе нижней полой вены

Материалы и методы: Изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургических и консервативных методов лечения 613 больных с флотирующими флеботромбозами в системе нижней полой вены. У 212 (34,5%) диагностирован илеофemorальный флеботромбоз, у 305 (49,7%) – флеботромбоз бедренно-подколенного сегмента, у 96 (15,7%) – восходящий тромбофлебит большой подкожной вены. Состояние венозной системы оценивалось по результатам ультразвукового дуплексного сканирования, флебографии. Для оценки ТЭЛА использовали ЭХОКГ, КТ ангиопульмонографию. Изучены отдаленные результаты имплантации кава-фильтров у 31 пациента с флотирующими флеботромбозами в подвздошной и нижней полой вены. У 53 (17,4%) больных с флотирующим флеботромбозом ниже паховой связки было выполнено удаление флотирующего участка тромба с последующим пересечением поверхностной бедренной вены. У 71 (73,9%) пациентов с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены проводилась кроссэктомия с удалением флотирующего участка тромба.

Результаты: При постановке кава-фильтров имели место осложнения у 12 (38,7%) пациентов. В ближайшем послеоперационном периоде у 1 (3,2%) человека выявлена перфорация нижней полой вены с забрюшинной гематомой. В отдаленном послеоперационном периоде у 2 (6,5%) человек возник тромбоз кава-фильтра, повторные ТЭЛА с летальностью у 2 (6,5%), нарастание тромбоза в нижней полой вены у 7 (22,5%) пациентов.

У 48 (90,5%) пациентов, которым проводилась тромбэктомия из бедренной артерии, в отдаленные сроки наблюдения имели место проявления посттромбофлебитического синдрома с развитием хронической венозной недостаточности различной степени

У пациентов с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены, которым выполнена кроссэктомия, осложнения не зарегистрированы.

У пациентов с флотирующими флеботромбозами, получавших только антикоагулянтную терапию, ТЭЛА не зафиксировано. ТЭЛА наблюдалось только у 2 пациентов с нефлотирующими тромбами.

Обсуждение: До 2009 г в ГБУЗ ОКБ г. Твери имела место следующая тактика ведения пациентов с флотирующими флеботромбозами. У пациентов с флотирующими флеботромбозами ниже паховой связки проводилась тромбэктомия из общей бедренной вены с пересечением и ушиванием поверхностной бедренной вены. С 2009 года изменилась тактика ведения этих пациентов. Показанием к имплантации кава-фильтра или тромбэктомии считали наличие флотирующего тромба в нижней полой вены или подвздошной вены более 5 см, не поддающиеся антикоагулянтной терапии в течение 7-10 суток. Имплантация кава-фильтров проводилась также при рецидивирующей ТЭЛА или при наличии противопоказаний для антикоагулянтной терапии. Большая роль отводится терапии низкомолекулярными гепаринами с последующим переводом на новые пероральные антикоагулянты (ривароксабан).

С использованием данной тактики пролечено 179 пациентов с флотирующими флеботромбозами в подвздошной вены (36,4%), в общей бедренной вены (49,7%) и устья большой подкожной вены (13,9%). Оперативное лечение проводилось у 38 (21,2%) человек. Кава-фильтр был имплантирован у 11 (7,1%) пациентов с флеботромбозом подвздошной вены. Тромбэктомия из бедренной вены выполнена у 13 (14,6%) больных. Кроссэктомия проведена у 14 (56%) больных с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены.

Консервативно пролечено 141 (78,8%) больных. Фиксация тромба в глубокой венозной системе произошла в сроки 7-21 суток. ТЭЛА у этих больных не наблюдалась.

Выводы: Для улучшения результатов лечения больных с флотирующими флеботромбозами необходима ранняя адекватная антикоагулянтная терапия с обязательным использованием низкомолекулярных гепаринов и новых пероральных антикоагулянтов. Факт наличия флотирующего тромбоза в глубокой венозной системе не является прямым показанием к имплантации кава-фильтров.

Показанием к имплантации кава-фильтра или тромбэктомии считали наличие флотирующего тромба в нижней полой вены или подвздошной вены более 5 см, не поддающиеся антикоагулянтной терапии в течение 7-10 суток при рецидивирующей ТЭЛА, или при наличии противопоказаний для антикоагулянтной терапии.

ОЦЕНКА УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ

КАЛИНИН Р.Е., СУЧКОВ И.А., ПШЕННИКОВ А.С., АГАПОВ А.Б.,
МАРУКОВА Т.А., МИТИНА А.И., РАЙСКАЯ Н.И.

ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, г. Рязань, Россия

Цель работы: Оценка уровня качества жизни (КЖ) пациентов с различными геморрагическими осложнениями при использовании прямых и непрямых антикоагулянтов при тромбозе глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей.

Материалы и методы: В исследование включено 170 пациентов с ТГВ. Пациенты разделены на 3 группы: 1 группа – принимала низкомолекулярный гепарин (НМГ) с последующим подбором дозы варфарина (73 человека), 2 группа принимала ривароксабан с первого дня лечения (48 человек) и 3 группа – принимала НМГ 8-10 дней, с последующим приёмом ривароксабана (49 человек). Геморрагические осложнения разделены на большие, значимые и малые. Материалом для изучения уровня КЖ был опросник CIVIQ, в котором суммарный балл оценивается по шкале от 20 баллов (максимальное здоровье) до 100 баллов (максимально сниженное КЖ). Также оценивалась частота развития различных кровотечений и их влияние на уровень КЖ за период наблюдения 6 месяцев.

Результаты: Малых кровотечений больше всего наблюдалось у пациентов принимавших НМГ с переводом на ривароксабан (3 группа) – 28,6% случаев, а меньшее количество при варфаринотерапии (2 группа) – 17,8% случаев. При приёме ривароксабана (1 группа) в 22,9% случаев наблюдались кровотечения. Значимые кровотечения чаще наблюдались у пациентов на фоне варфаринотерапии (2 группа) – 8,2% случаев, а меньшая частота осложнений наблюдалась в группе принимавших НМГ и ривароксабан (3 группа) - 2,04% случаев. При использовании ривароксабана (1 группа) наблюдалось 6,3% случаев значимых кровотечений. Большие кровотечения наблюдались только при приёме варфарина у 2 (2,7%) пациентов.

По вариантам геморрагических осложнений у пациентов, принимавших ривароксабан (1 группа), без кровотечений уровень КЖ за период наблюдения имел положительную динамику (исходно - $56,6 \pm 7,6$ баллов, 1 месяц - $43,3 \pm 7,04$ баллов, 3 месяц – $43,4 \pm 6,3$ баллов и к 6 месяцу – $42,4 \pm 5,1$ баллов; $p < 0,05$). Также статистически значимые отличия в восстановлении уровня КЖ имели место у пациентов с малыми кровотечениями (исходно - $62,7 \pm 5,6$ баллов, 1 месяц - $47 \pm 7,4$ баллов, 3 месяц – $45,4 \pm 4,9$ баллов и на 6

месяц - $40,8 \pm 5,8$ баллов; $p < 0,05$). При значимых кровотечениях количество баллов уменьшалось к 6 месяцу, но статистически значимых отличий не получено (исходно - $59,7 \pm 8,7$ баллов, 1 месяц - $40 \pm 8,5$ баллов, 3 месяц - $52 \pm 8,5$ баллов и к 6 месяцу - $47,3 \pm 9,6$ баллов; $p > 0,05$). При сравнении уровня КЖ у пациентов без осложнений и с малыми кровотечениями статистических отличий не отмечено ($p > 0,05$).

Пациенты, принимавшие варфарин (2 группа), имели схожую динамику восстановления суммарного уровня КЖ без кровотечений (исходно - $62,9 \pm 6,9$ баллов, 1 месяц - $43,1 \pm 5,7$ баллов, 3 месяц - $41,4 \pm 6,7$ баллов и на 6 месяц - $42,8 \pm 8,6$ баллов; $p < 0,05$) и по малым кровотечениям (исходно - $67,8 \pm 7,6$ баллов, 1 месяц - $45,6 \pm 7,3$ баллов, 3 месяц - $51 \pm 7,2$ баллов и на 6 месяц - $46,1 \pm 6,2$ балла; $p < 0,05$). При анализе значимых кровотечений только на 1 месяце наблюдаются статистически значимые отличия от исходных данных (исходно - $74,7 \pm 5,8$ баллов и в 1 месяц $55,8 \pm 5,5$ баллов; $p = 0,01$). На 3 и 6 месяцы различия недостоверны в сравнении с исходными показателями ($49 \pm 6,7$ баллов и $48,2 \pm 6,9$ баллов соответственно; $p > 0,05$). Количество баллов у больных с большими кровотечениями имели наибольшее значение, что указывает на снижение КЖ. За период наблюдения отмечена отрицательная динамика в увеличении баллов (исходно - $79,5 \pm 11,2$ баллов, 1 месяц - $74,5 \pm 11,9$ баллов, 3 месяц - $80 \pm 9,8$ баллов и на 6 месяц - $84 \pm 10,6$ баллов; $p > 0,05$). Статистических отличий между КЖ пациентов с малыми кровотечениями и без осложнений не получено ($p > 0,05$), но достоверные отличия наблюдаются при сравнении КЖ без осложнений со значимыми кровотечениями ($p < 0,05$).

У пациентов, принимавших НМГ с переводом на ривароксабан (3 группа), также наблюдается восстановление уровня КЖ без кровотечений (исходно - $60,04 \pm 7,02$ баллов, 1 месяц - $51,7 \pm 8,9$ баллов, 3 месяц - $48,9 \pm 8,9$ баллов и на 6 месяц - $42,1 \pm 9,3$ баллов; $p < 0,05$) и с малыми кровотечениями (исходно - $73,5 \pm 9,8$ баллов, 1 месяц - $58,5 \pm 7,8$ баллов, 3 месяц - $47,5 \pm 9,4$ баллов и на 6 месяц - $57,1 \pm 8,5$ баллов; $p < 0,05$). Значимые геморрагические осложнения отмечены в 2,04% случаев. КЖ не менялось на протяжении 3 месяцев и восстановилось до нормы на 6 месяц (исходно - 52 балла, 1 месяц - 68 баллов, 3 месяц - 68 баллов и на 6 месяц - 25 баллов).

Выводы:

1. Качество жизни при малых геморрагических осложнениях восстанавливается во всех группах, что обусловлено временным характером кровотечений.

2. Значимые кровотечения снижают качество жизни пациентов всех групп, и наиболее безопасной схемой лечения является применение НМГ с переводом на ривароксабан.

3. Большие геморрагические осложнения отмечены только у пациентов принимавших варфарин (2,7% случаев), что приводит к ухудшению уровня КЖ в динамике.

ДОЛЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ЭЛЕКТРОННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ

КАЛИНИН Р.Е.¹, СУЧКОВ И.А.¹, МЖАВАНАДЗЕ Н.Д.¹, ШИТОВ И.И.², ПОВАРОВ В.О.¹,
АРХИПКИНА Н.В.², КИСЕЛЕВА Е.В.²

¹ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России; ²ГБУ РО ОККД, Рязань, Россия

Введение. По данным разных авторов от 13 до 64% имплантаций сердечно-сосудистых электронных устройств приводят к тромбозам в системе верхней полой вены (ВПВ), и лишь 1-3% из них проявляются клинически. Среди больных, у кого развились венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) встречается у 15-50%, часто имеет стертый и неспецифический характер, а в 15% случаев протекает бессимптомно. Не смотря на то что тромбозы в системе ВПВ являются преимущественно окклюзионными и носят нисходящий характер в связи с анатомическими особенностями строения остиального клапана подключичной вены, данная проблема является актуальной, так как число имплантаций электрокардиостимуляторов и кардиовертеров-дефибрилляторов растет с каждым годом. Помимо возможного развития ТЭЛА, ВТЭО в системе ВПВ способны вызывать трудности при повторных вмешательствах и будущих заменах сердечно-сосудистых имплантируемых электронных устройств. В данной работе представлена доля ВТЭО в системе ВПВ у пациентов с сердечно-сосудистыми имплантируемыми электронными устройствами за 2013-2015 гг. по Рязанской области.

Цель. Оценить количество венозных тромбоэмболических осложнений в системе верхней полой вены у пациентов с сердечно-сосудистыми имплантируемыми электронными устройствами за 2013 — 2015 гг. по Рязанской области.

Материалы и методы. Для получения необходимых данных был проведен анализ отчетов по оперативным вмешательствам отделения хирургического лечения нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции в период с 2013 г. по 2015г., а также анализ стационарных и амбулаторных карт пациентов, находящихся на диспансерном учете после оперативного лечения с привлечением сердечно-сосудистых электронных устройств. В исследование были включены данные 954 пациентов. Обработка данных производилась путем расчета экстенсивных показателей.

Результаты. За период с 2013 г. по 2015 г. произведено 1024 оперативных вмешательства, из них 779 (76.1%) первичных имплантаций электрокардиостимулятора эндокардиальным способом, 154 (15.0%) замены электрокардиостимулятора, 3 (0.3%) удаления системы электрокардиостимулятор-электрод, 27 (2.6%) репозиций электрода, 6

(0.6%) замен ложа электрокардиостимулятора, 5 (0,5%) ревизий системы электрокардиостимулятор-электрод, 18 (1.8%) замен электродов, 3 (0.3%) имплантации электрода и 24 (2.8%) прочих оперативных вмешательства. После имплантации сердечно-сосудистых электронных устройств было отмечено 40 (3.9%) хирургических осложнений, таких как дислокация электрода — 30 (75.0% хирургических осложнений, 2.9 % от всех оперативных вмешательств), нагноение ложа элетрокардиостимулятора — 6 (15.0%, 0.6%), ВТЭО в системе верхней полой вены — 3 (7.5%, 0.3%), пневмоторакс — 1 (2.5%, 0.1%). Послеоперационная летальность составила 5 (0.5%) случаев. Непосредственно ТЭЛА вследствие тромбоза подключичной вены развилась лишь у 1 иммунокомпрометированного пациента с инфицированием и нагноением ложа ЭКС через 6 месяцев после первичной имплантации постоянного электрокардиостимулятора. Количество развившихся ВТЭО не имело четкой корреляции с видом проводимой антитромботической терапии.

Выводы. Доля клинически манифестирующих венозных тромбоэмболических осложнений в системе верхней полой вены у пациентов с сердечно-сосудистыми имплантированными электронными устройствами за 2013 — 2015 гг. составила 7.5% от всех хирургических осложнений и 0.3% от всех хирургических вмешательств. Особое внимание в отношении развития венозных тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде заслуживают пациенты с отягощенным соматическим анамнезом и инфекционными осложнениями после оперативного лечения.

ДИНАМИКА УРОВНЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА (II) НА ФОНЕ ГОМОЦИСТЕИНСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

КАЛИНИН Р.Е., СУЧКОВ И.А., ПШЕННИКОВ А.С., РУДАКОВА И.Н.,
НИКИФОРОВ А.А.

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», г.Рязань, Россия

Цель: Изучить динамику уровня метаболитов оксида азота II и гомоцистеина крови на фоне приема гомоцистеинснижающей терапии.

Материалы и методы: в исследование включено 92 пациента, у которых был диагностирован острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Уровень метаболитов оксида азота II определен при помощи фотоколориметрического метода. Определение уровня гомоцистеина выполнено методом иммуноферментного анализа. Исследование проводилось при поступлении пациента, через 1, 3 и 6 месяцев от начала лечения. Пациентов разделили на 2 группы. Все пациенты получали антикоагулянтные, противовоспалительные препараты, выполнялась эластическая компрессия нижних конечностей. Во второй группе дополнительно проводилась терапия витаминами В₆ (6 мг), В₉ (600 мкг), В₁₂ (5мг) на протяжении 3 месяцев.

Результаты: В первой группе пациентов среди обследованных было 27 женщин (45%) и 33 мужчины (55%). Возраст пациентов от 24 до 68 лет. Локализация проксимальной границы тромба на момент диагностирования ТГВ в подвздошном сегменте глубоких вен наблюдалась в 20 случаях (33,3%), в общей бедренной вене в 22 случае (36,7%), в бедренной вене в 13 случаях (21,7%) и в подколенной вене в 5 случаях (8,3%). Во 2 группе - 14 женщин (43,8%) и 18 мужчин (56,2%). Возраст пациентов от 28 до 72 лет. Проксимальная граница тромба в подвздошном сегменте глубоких вен выявлена в 9 случаях (28,1%), в общей бедренной вене в 12 случаях (37,5%), в бедренной вене в 7 случаях (21,9%), в подколенной вене в 4 случаях (12,5%).

Выявлено, что при ТГВ наблюдается повышение уровня гомоцистеина крови и низкие показатели NO (табл. 1, 2).

Таблица 1

Концентрация гомоцистеина в плазме крови

Концентрация Нсу, ммоль/л (M±m)	I группа	II группа
При поступлении	21,225±9,4	22,91±8,7
1 месяц	19,175±4,4 (p=0,23)	15,12± 3,75 (p=0,068)
3 месяца	17,38±4,25 (p=0,092)	11,36±3,05 (p=0,044)
6 месяцев	17,2±3,5 (p=0,088)	10,3±2,9 (p=0,039)

Таблица 2

Содержание метаболитов NO в крови пациентов

Концентрация метаболитов оксида азота (II), мкмоль/мл	При поступлении	1 месяц	3 месяца	6 месяцев
Здоровые добровольцы	92,1±5,4			
Группа I	38,3±7,0	47,1±5,1 (p=0,089)	54,6±5,8 (p=0,044)	58,9±6,0 (p=0,032)
Группа II	40,0±6,2	55,2±5,3 (p=0,042)	66,0±3,1 (p=0,034)	71,1±4,4 (p=0,025)

p-достоверная разница по сравнению с показателями в той же группе на момент поступления (p<0,05)

Обсуждение: В процессе реканализации происходит увеличение уровня оксида азота (II) в группе I на 17,8% через 1 месяц лечения, затем через 3 и 6 месяцев на 29,8% и 35,0% соответственно. В группе II при приеме гомоцистеинснижающих препаратов наблюдается увеличение уровня NO в процессе лечения: через 1 месяц на 27,5%; через 3 месяца на 39,4%; через 6 месяцев на 43,8%.

На фоне терапии в течение 3 месяцев уровень гомоцистеина (Нсу) в I группе пациентов снижается на 8,2%. В то время как на фоне приема витаминов в группе II удалось добиться снижения Нсу на 49,6%, что доказывает эффективность такого данного вида лечения гипергомоцистеинемии.

После прекращения приема комплекса витаминов В_{6,9,12}, в срок 6 месяцев не выявлено значительной динамики концентрации гомоцистеина крови, метаболитов оксида

азота (II). Средние значения в группах, при этом, не принимают нормальных значений, что говорит о целесообразности дальнейшей терапии гипергомоцистеинемии.

Выводы:

1. При остром тромбозе глубоких вен выявляется гипергомоцистеинемия и низкий уровень метаболитов оксида азота (II).
2. Терапия витаминами В₆, 9, 12 приводит к снижению уровня гомоцистеина и повышению уровня NO.
3. Необходима длительная гомоцистеинснижающая терапия с момента диагностирования у пациента ТГВ и на протяжении 6-9 месяцев.

ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ОНКОХИРУРГИИ

КАТЕЛЬНИЦКАЯ О.В.¹, КИТ О.И.¹, КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И.², КАТЕЛЬНИЦКИЙ ИГ.И.²,
ПРОСТОВ И.И.², ИВАЩЕНКО А.В.³

¹Ростовский научно-исследовательский онкологический институт; ²ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России; ³ИП «Иващенко А.В.», г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: повысить эффективность профилактики тромбоэмболических осложнений у больных раком желудка и колоректальным раком в послеопера-ционном периоде.

Материалы и методы исследования: в исследование включены 216 пациентов, которые были разделены на три сопоставимые группы: контрольную (первую) группу составили 75 пациентов, не получавших антикоагулянтную профилактику. Группа сравнения (вторая) – 77 больных, получавших стандартную профилактическую дозу антикоагулянтов, рекомендованную Ассоциацией флебологов России (эноксапарин 40 мг в сутки подкожно). Основную (третью) группу составили 64 пациента, которым профилактическая доза антикоагулянта (эноксапарин) была подобрана на основании исследования системы гемостаза и показателей «Регистратора тромбодинамики - 2». Во всех группах пациентам проводилась механическая профилактика тромботических осложнений в виде использования госпитального противоэмболического трикотажа и эластичных бинтов длинной растяжимости.

Результаты: При анализе данных теста тромбодинамики в основной группе больных уже в первые сутки после операции основные численные параметры пространственного роста сгустка вернулись в область нормальных значений на фоне стандартной профилактической дозы антикоагулянта (эноксапарин 40 мг в сутки), за исключением времени образования спонтанных сгустков в 6,25% наблюдений. Обращало внимание, что значения начальной и стационарной скоростей роста сгустка находились на границе гиперкоагуляции, несмотря на применение эноксапарина. Результаты тромбодинамики позволили нам выделить группу пациентов (26,56%) с недостаточным эффектом используемого антикоагулянта и в которой, предположительно, с большей вероятностью, возникнет венозный тромбоз в послеоперационном периоде. Данной группе больных была увеличена доза антикоагулянта до 60 мг в сутки.

В 3 группе проведено сравнение показателей тромбодинамики в 1-е сутки после операции в подгруппах пациентов без и с наличием послеоперационного тромбоза.

В подгруппе с ВТЭО и индивидуальным подбором дозы НМГ зафиксировано увеличение начальной и стационарной скоростей роста сгустка, уменьшение времени задержки роста сгустка, что свидетельствует об активации свертывания.

Клинически значимыми проявлениями ВТЭО являются проксимальный тромбоз и тромбоэмболия легочной артерии. На рисунке 3 наглядно отображено явное снижение частоты развития клинически значимых ВТЭО в основной группе как на 7-10 сутки, так и через 1 месяц после оперативного вмешательства.

Выводы: При выявлении гиперкоагуляции, используя высокочувствительный метод исследования свертывающей системы «Регистратор тромбодинамики-2» по скорости роста сгустка в первые сутки послеоперационного периода у пациентов, страдающих раком желудка и колоректальным раком, требуется увеличение дозы антикоагулянта. Кроме того, появление спонтанных сгустков при исследовании тромбодинамики является достоверно значимым признаком развития послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВТЭО У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

КАТЕЛЬНИЦКАЯ О.В., КИТ О.И., РАСТОРГУЕВ Э.Е.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт

Цель работы: оценить частоту венозных тромбоэмболических осложнений у онкологических больных нейрохирургического профиля на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования: В 2015г. в стандарт обследования при госпитализации в отделение нейроонкологии РНИОИ включены УЗТС вен нижних конечностей и консультация сосудистого хирурга.

За один год по указанному плану предоперационной подготовки обследовано 70 больных. По гендерному признаку достоверных различий не выявлено (мужчины – 37 пациентов, женщины – 33). Средний возраст нейрохирургических больных составил 49,2 года.

Среди обследованных пациентов нейроэпителиальные опухоли выявлен у 41 пациента (58,6%), диагноз менигиома установлен у 24 больных (34,3%), метастазы в головной мозг – у 5 пациентов (7,1%).

Результаты: При УЗТС венозной системы нижних конечностей диагностировано у 6 больных (8,6%) флеботромбоз нижних конечностей, 2 больных (2,8%) варикотромбофлебит нижних конечностей, 3 больных (4,3%) посттромбофлебитический синдром.

Таким образом, в онкологии у нейрохирургических больных частота встречаемости ВТЭО в предоперационном периоде достаточно высокая и составляет 15,7%. Необходимо отметить, что жалобы на боли и отеки нижних конечностей, наличие варикозно расширенных вен предъявляли 2 больных. Следовательно, при наличии ВТЭО только 12,5% пациентов обратят внимание врача на проявления тромбоза нижних конечностей.

Сопутствующая патология, увеличивающая частоту ВТЭО в послеоперационном периоде, варикозная болезнь нижних конечностей с расширением ствола БПкВ и/или МПкВ обнаружена у 5 пациентов (7,1%).

Выводы: Активный предоперационный поиск ВТЭО у нейрохирургического больного оправдан высокой частотой встречаемости тромботических осложнений на догоспитальном этапе и низкой частотой жалоб больных на симптомы ВТЭО. Указанная тактика позволяет снизить частоту тромботических осложнений в нейрохирургии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ, ВЫЗВАННОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ
ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛЕНИ

КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.Г.И., МУРАДОВ А.М.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель: Оценить эффективность методики транслюминальной баллонной ангиопластики и тромбэктомии у больных с критической ишемией нижних конечностей вызванной атеросклеротическим поражением артерий голени.

Материалы и методы: 80 пациентам с поражением артерий голени была выполнена эндоваскулярная коррекция кровотока в виде транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП), либо механической тромбэктомии. 65 больным была сделана ТЛБАП, 12 из которых проведена субинтимальная баллонная ангиопластика. 15 пациентам была выполнена тромбэкстракция с помощью аппаратов Rotareкс, Turbohawk. За два дня до операции пациентам назначалась антиагрегантная терапия - Клопидогрел в дозе 75 мг 1р/д, прием которого продлялся в послеоперационном периоде до 6 месяцев. Произведена оценка результатов эндоваскулярных вмешательств через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев и 12 месяцев. Семь пациентов имели однососудистое поражение, 56 пациентов имели двухсосудистое поражение, 17 пациентов имели поражение всех трех сосудов голени. 56 пациентов имели выраженный болевой синдром в покое (ХИНК III), у 24 пациентов имелись трофические изменения на стопах в виде незаживающих язв, либо участков некроза (ХИНК IV).

Результаты: Технический успех баллонной ангиопластики составил 94%, механической тромбэктомии 100% соответственно. Клинический успех у пациентов с ХИНК III составил 100%. Больные отмечали уменьшение болевого синдрома, увеличение дистанции безболевой ходьбы. У больных с ХИНК IV клинический успех составил 83%. У 20 пациентов наблюдались процессы грануляции, эпителизации трофических ран. У 2 пациентов имелось болевой синдром уменьшился, однако процессов заживления ран не отмечалось. 2 пациента с трехсосудистым поражением, у которых не был достигнут желаемый ангиографический результат, не отмечали каких-либо выраженных изменений. Эти четыре пациента страдали сахарным диабетом с трудно корригируемым уровнем глюкозы. Через 3 месяца рестеноз и реокклюзия возникли у 14% пациентов с возникновением болевого синдрома, что потребовало повторных эндоваскулярных

вмешательств, из них 5 пациентам первично выполнялась субинтимальная ангиопластика. У 20 пациентов с имевшимися трофическими изменениями отмечалось полное заживление ран. Первичная проходимость в послеоперационном периоде через 6, 9, 12 месяцев составила 75%, 71%, 60% соответственно. Повторные операции через 12 месяцев потребовались у 24 пациентов (30%). У 8 больных, несмотря на возникновение реокклюзии, не наблюдалось клиники критической ишемии, поэтому повторные эндоваскулярные вмешательства не проводились.

Обсуждение: Рентгенэндоваскулярные методики лечения являются одним из основных методов борьбы с критической ишемией нижних конечностей при атеросклерозе артерий голени в современной сосудистой хирургии. Тем не менее отдалённые результаты нельзя назвать удовлетворительными. Частота возникновения рестеноза и реокклюзии, вызывающих возвращение симптомов критической ишемии, в послеоперационном периоде в течении года очень высока, что требует повторных вмешательств.

Выводы: Эндоваскулярные вмешательства с адекватной антиагрегантной терапией являются эффективным методом лечения критической ишемии нижних конечностей у больных с атеросклеротическим поражением артерий голени. Несмотря на это, высокая частота рестеноза и реокклюзии в отдаленном послеоперационном периоде, делает совершенствование данных методов и поиск новых эффективных способов лечения одними из главных задач сосудистой хирургии 21-го века.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

КАТЕЛЬНИЦКИЙ ИГ.И.¹, БОЖКО А.В.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия;

² Ростовский городской сосудистый центр, МБУЗ «Городская поликлиника №1 г. Ростова-на-Дону, г.Ростов-на-Дону, Россия

В последние годы все более актуален вопрос применения стационарзамещающих методов лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей на различных стадиях заболевания, как в качестве предоперационной подготовки, так и в виде консервативной терапии для пациентов, которым оперативное лечение не показано. Несмотря на множество различных медикаментозных методов терапии хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, количество неудовлетворительных результатов лечения остается высоким. Крайне редко в комплексном лечении пациентов используются нефармакологические методы терапии. Перспективными являются сочетание различных схем медикаментозного лечения и нефармакологических лечебных подходов. "Тренировочная (дозированная) ходьба", "контралатеральной компрессия", непосредственно направленные на улучшение периферического кровообращения, благодаря перераспределению тока крови в нижних конечностях с ограничением кровотока в менее пораженной конечности, и, соответственно, с его усилением в более пораженной конечности. Кроме того, в терапевтической практике применена методика внутривенного лазерного облучения крови при комбинированной терапии облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Обосновано применение метода дискретного плазмофереза. Установлена и научно обоснована эффективность применения электроимпульсного воздействия пространственно распределенным вращающимся полем электрических импульсов тока на область поясничных симпатических ганглиев. Назначение больным фармакологической и немедикаментозной иммунокоррекции стимулирует антиинфекционную защиту.

Целью исследования является улучшение результатов консервативной терапии при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей III – IV степени у больных, путем разработки оптимального алгоритма лечения на базе дневного стационара в зависимости от степени ишемии, наличия сопутствующей патологии, объема предстоящей операции.

Результаты: патогенетически оценили результаты различных методов лечения больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей

на основе клинических, лабораторных и инструментальных данных. Провели сравнительный анализ результатов различных методов предоперационного лечения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей ХИНК III – IV степени в условиях дневного стационара, в зависимости от состояния микроциркуляторного русла и иммунных нарушений.

В процессе создание алгоритма предоперационного лечения больных, обоснование критериев отбора пациентов и выбора методов медикаментозного и немедикаментозного лечения хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей в условиях дневного стационара.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И.¹, СКАЗКИН И.В.², БУРИКОВ М.А.^{1,2}, ШУЛЬГИН О.В.²

¹ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия;

²РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность проблемы: не смотря на доказанную эффективность низкомолекулярных гепаринов (НМГ), получивших в настоящее время широкое распространение, отмечается сохранение высокой частоты венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), что требует применение многокомпонентного подхода к профилактике. Стаз крови, перерастяжение сосудистой стенки, характерные для лапароскопических операций, приводят к повреждению эндотелия активируя внутренний путь свертывания крови и увеличивают частоту развития венозных тромбозов. Все это требует дополнительных мер в комплексной профилактике ВТЭО направленных на купирование венозного застоя крови, который является одним из основных компонентов в патогенезе развития тромботических осложнений при лапароскопических операциях.

Материалы и методы: с 2014 по 2015 гг. в хирургическом отделении РКБ 56 пациентам с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) было выполнено оперативное лечение с использованием лапароскопической методики. Из них мужчины 24 человек (42,9%), женщины - 32 (57,1%). Средний возраст пациентов составил 57,8 лет. Риски развития тромботических осложнений у пациентов оценивались согласно «Протоколу ведения больных: профилактика ТЭЛА при хирургических и иных инвазивных вмешательствах». В рамках исследования проанализированы механизмы развития, частота проявления, структура ВТЭО и произведена оценка эффективности способа профилактики у пациентов в зависимости от индивидуальных факторов риска и особенностей лапароскопической методики.

Все пациенты имели высокую степень риска развития тромботических осложнений и были разделены на две сопоставимые группы в зависимости от проводимой профилактики ВТЭО. В 1 группу вошли 23 пациента которым проводилась только медикаментозная профилактика тромботических осложнений с использованием НМГ в профилактических дозах. 2 группа была представлена 33 пациентами, которым проводилась комплексная профилактика включающая использование низкомолекулярных гепаринов в профилактических дозах и перемежающуюся пневмокомпрессию нижних конечностей. Частота тромботических осложнений, таких как тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) оценивалась по данным дуплексного сканирования вен нижних конечностей (выполнялась 100% пациентам),

рентгенограммы легких, компьютерной томографии, ангиопульмонографии легких (по показаниям).

Общая частота ВТЭО у пациентов (n-56) оперированных лапароскопически по поводу ГПОД составила 3,57% (2 пациента), у всех пациентов развился тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Оценка эффективности профилактики ВТЭО в зависимости от проводимой профилактики выявила, что у пациентов 1 группы (n-23), которым проводилась только медикаментозная профилактика, частота тромботических осложнений составила 8,69% (2 пациента). Во 2 группе пациентов (n-33) которым проводилась комплексная профилактика не было отмечено развитие ВТЭО.

Выводы: применение стандартной профилактики тромботических осложнений низкомолекулярными гепаринами у пациентов с ГПОД сопровождается развитием ВТЭО до 8,69%.

Проведение комплексной профилактики ВТЭО с использованием низкомолекулярных гепаринов в сочетании с перемежающейся пневмокомпрессией нижних конечностей приводит к значимому снижению тромботических осложнений.

ОПЫТ РКБ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОЖИРЕНИЯ

КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И.¹, БУРИКОВ М.А.^{1,2}, КИНЯКИН А.И.²,
СКАЗКИН И.В.², СОКИРЕНКО И.А.¹

¹ ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия;

² РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность проблемы: Морбидное ожирение является фактором высокого риска в развитии тромбоэмболических осложнений. Особое значение это имеет у пациентов, требующих оперативного лечения. Учитывая большой процент людей в мире, имеющих избыточную массу тела, высокий процент летальности связанной с тромбозами, проблема профилактики тромбоэмболических осложнений выходит на первый план в пери-, интра- и послеоперационном ведении пациентов данной категории.

Материалы и методы: выполнен анализ пациентов с морбидным ожирением в хирургическом отделении за 2015г.-май 2016г, которым проводилось оперативное лечение. Всего пациентов прооперированных по поводу ожирения за указанный период 53, из них мужчины 19 (35,8%); женщины 34 (64,2%); (14 — II ст., 36 — III ст., 3 — IV ст.). Всем пациентам выполнялось лапароскопическое оперативное лечение в объеме рукавной гастропластики. Пациенты во время оперативного вмешательства находились в вынужденном положении Фаулера. Среднее время оперативного вмешательства составило 115 мин.

В предоперационном периоде всем пациентам выполнялось УЗИ вен нижних конечностей. В плане предоперационной подготовки всем пациентам проводилась медикаментозная профилактика ВТЭО профилактическими дозами низкомолекулярных гепаринов. Интраоперационно 27 (50,9%) пациентам применялась перемежающаяся пневмокомпрессия нижних конечностей, с последующим переходом в послеоперационном периоде на компрессионный госпитальный трикотаж. У 26 (49,1%) пациентов интраоперационно использовался только компрессионный госпитальный трикотаж. В послеоперационном периоде всем пациентам выполнялась ранняя активизация (через несколько часов после операции). Все пациенты в послеоперационном периоде получали инъекции низкомолекулярных гепаринов в течение 2х недель.

Оценка эффективности тромбопрофилактики у всех пациентов проводилась следующим образом: определялся уровень РФМК; Д -димера; фибриногена, являющиеся основными маркерами тромбоза. Так же в послеоперационном периоде выполнялся УЗИ контроль вен нижних конечностей на 6 сутки послеоперационного периода.

В группе пациентов, которым не применялась перемежающаяся пневмокомпрессия нижних конечностей, у 2 (7,6%) при УЗИ выявлены тромбозы глубоких вен нижних конечностей, которые клинически не проявлялись; у пациентов, которым использовалась перемежающаяся пневмокомпрессия нижних конечностей ВТЭО выявлено не было.

Выводы: Применение комплексного подхода профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов оперированных лапароскопически по поводу морбидного ожирения, с использованием перемежающейся пневмокомпрессии нижних конечностей, позволяет снизить количество венозных тромбоэмболических осложнений.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ФЛЕБОТРОМБОЗА

КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И.¹, КАТЕЛЬНИЦКИЙ ИГ.И.¹, КАТЕЛЬНИЦКАЯ О.В.²

¹ ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия;

² Городской сосудистый центр МЛПУЗ ГП №1 г.Ростова-на-Дону, г.Ростов-на-Дону, Россия

Целью нашего исследования было оценить результаты хирургического и медикаментозного лечения 98 больного с бедренно-подколенными флеботромбозами, которые находились в нашей клинике на лечении за 4 года, из которых 70 были оперированы.

Методы оценки результатов включали: клинические данные, ультразвуковое дуплексное сканирование. При определении показаний учитывали также возраст, прогрессирование тромбоза, длительность процесса, общее состояние пациента.

В результате проведенных исследований выяснили, что абсолютным показанием к операции являлось наличие флотирующего тромба, отмеченные у 44 пациентов.

Флеботомию, при проходимой глубокой вене бедра, выполняли сразу дистальной слияния бедренных вен. После тромбэктомии и ушивания флеботомического отверстия операцию заканчивали пликацией поверхностной бедренной вены. Повторные тромбозы оперированной зоны отмечены в ближайшем периоде у 10 больных, еще у 13 пациентов наступили тромбозы в течении 6 месяцев после операции. У остальных пациентов вены остаются проходимыми в сроки от 6 до 24 месяцев.

Анализируя полученные наблюдения выяснили, что значительно более быстрый регресс клинических симптомов острой венозной недостаточности отмечался у оперированных больных. В группе пациентов, лечившихся консервативно отек и боли были более стойкими и у большинства пациентов отмечены выраженные проявления ХВН.

Кроме того, следует отметить, что у пациентов с ретромбозами проксимальный уровень тромбов не превышал зоны пликации.

Итак, мы пришли к следующим выводам:

1. У большинства больных активная тактика при дистальных флеботромбозах приводит к ликвидации проявлений острой венозной недостаточности и профилактике ХВН.
2. Выполнение пликации поверхностной бедренной вены, а не ее перевязку считаем необходимым при лечении больных с острым флеботромбозом.

3. Консервативная тактика ведения таких пациентов заканчивается выраженными проявлениями ХВН.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И., ЛИВАДНЯЯ Е.С.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования. Оценить результаты реконструктивных операций на артериях нижних конечностей в зависимости от коррекции гепаринотерапии, на основании данных коагулограммы и теста Тромбодинамика.

Материалы и методы. 82 пациента с атеросклеротическими окклюзиями артерий нижних конечностей разделены на две группы: первая - 48 больных, которым были выполнены реконструктивные операции на артериях нижних конечностей и проводилась стандартная антикоагулянтная терапия. Вторая - 34 больных, которым выполнялись реконструктивные операции с индивидуальным подбором антикоагулянтной терапии с помощью комплексного исследования вязкости крови по данным теста Тромбодинамики.

Результаты. По полученным показателям коагулограммы и тромбодинамики до операции нельзя прогнозировать ни наличие тромбов, ни необходимость дальнейшего изменения терапии. В то же время, через 6 часов после операции по значениям коагулограммы можно без ошибок разделить пациентов первой группы с и без наличия тромбоза. При этом наиболее информативным оказываются значения АЧТВ и фибриногена.

Во второй группе по показателям коагулограммы можно также разделить пациентов на подгруппы без коррекции и с коррекцией терапии. При этом наиболее информативным оказываются значения АЧТВ и антитромбина. Показатели тромбодинамики также позволяют безошибочно разделить подгруппы без коррекции терапии и с коррекцией терапии. При этом наиболее информативным оказываются значения задержки и начальной скорости роста сгустка.

Выводы: Таким образом, сочетание коагулограммы с тестом Тромбодинамики дает возможность достоверно выявить необходимость коррекции гепаринотерапии для предотвращения развития тромбоза в раннем послеоперационном периоде.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ КРОВОТОКЕ

КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И., КАТЕЛЬНИЦКИЙ ИГ. И.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: изучение динамики капиллярного русла нижних конечностей после выполнения терапевтического ангиогенеза у больных с окклюзиями периферических артерий голени и стопы.

Материалы и методы: в работе проанализированы результаты клинических наблюдений 6 пациентов с атеросклеротическими окклюзиями артерий нижних конечностей, которым выполнен терапевтический ангиогенез препаратом Неоваскулген перед выполнением реконструктивной операции для улучшения путей оттока или изолированно.

Для оценки тканевого кровотока, изучения состоятельности микроциркуляторного русла и жизнеспособности тканей проводили трехфазную сцинтиграфию с фосфатным комплексом Tc-пирфотех.

Результаты исследований обработаны на персональном компьютере IBM PC/AT при помощи стандартного пакета программ Microsoft Excel-2000, программы для обработки статистических материалов «Статистика 6».

Результаты исследования: объем микроциркуляции, определяемый по количеству импульсов в 1 сантиметре кубического ткани, на уровне бедра через 1 месяц увеличился на $37,6 \pm 5,6\%$, а через 3 месяца на $84 \pm 6,1\%$. Особенно необходимо отметить, что уже через три месяца после лечения количество импульсов, а значит коллатерального русла становится больше, чем в симметричном участке контрлатеральной относительно здоровой конечности.

На голени динамика роста коллатерального русла выражено еще более значительно: через 1 месяц после лечения увеличивается на $41,5 \pm 5,6\%$, а через 3 месяца достигает $142,9 \pm 6,2\%$. При этом как и на бедре начиная с третьего месяца после лечения количество коллатералей в пораженной конечности превышает данное значение в здоровой конечности.

Динамика роста микроциркуляторного русла на голени выражено наиболее значимо, что связано как с местом введения препарата Неоваскулген, в среднюю и нижнюю треть голени, так и с тем, что наиболее пораженное коллатеральное русло,

проявляющееся ишемией конечности, исходно было как раз в дистальных отделах конечности, куда и устремляется ген-переносчик VEGF 165.

Обсуждение: комбинированное лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей с окклюзией артерий голени, с использованием терапевтического ангиогенеза, является наиболее эффективным методом. Подготовка периферического русла с увеличением и развитием коллатеральной сети более чем на 142%, говорит об индукции препаратом Неоваскулген ангиогенеза и улучшении кровообращения в дистальных отделах конечностей. Только хорошо развитая коллатеральная сеть у данной категории пациентов, позволяет выполнять реконструктивные вмешательства на артериях нижних конечностей, увеличивая срок функционирования шунта.

Выводы:

1. Терапевтический ангиогенез препаратом Неоваскулген достоверно увеличивает объем коллатерального русла уже через 3 месяца после лечения.
2. Восстановление кровотока в сосудистом русле голени дает преимущество как в скорости ликвидации критической ишемии, так и в длительности периода ремиссии и функционирования шунтов.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И.², КИТ О.И.¹, КАТЕЛЬНИЦКАЯ О.В.¹, ПРОСТОВ И.И.²,
КАТЕЛЬНИЦКИЙ ИГ.И.², ИВАЩЕНКО А.В.³

¹Ростовский Научно-исследовательский Онкологический Институт, г.Ростов-на-Дону, Россия; ²ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия; ³ИП «Иващенко А.В.»

Введение: общеизвестно, что онкологические больные относятся к группе высокого риска по развитию спонтанных и послеоперационных тромбозов и тромбоэмболий. Легочная тромбоэмболия является непосредственной причиной смерти у 8-35% раковых больных и сопутствующим процессом более чем у 43% онкологических пациентов. Риск возникновения тромботических осложнений еще более возрастает в процессе проведения лучевой и химиогормонтерапии.

Целью работы было разработать адекватную антикоагулянтную терапию для профилактики тромботических осложнений в послеоперационном периоде при всех стадиях опухолевого процесса.

Материалы и методы. Нами изучены результаты хирургического лечения 92 онкопациентов с различными вариантами абдоминального рака в периоперационном периоде. Мужчины составили - 64 человека (69,6%), женщины - 28 (30,4%) Единственным критерием исключения был предшествующий тромбоз вен верхних и/или нижних конечностей. Преобладали пациенты, страдающие раком желудка - 40 пациентов (43,5%). Рак ободочной кишки диагностирован у 23 больных (25%), рак прямой кишки - 29 (31,5%).

Пациенты были разделены на две соизмеримые по полу, возрасту, степени распространенности и вида онкологического заболевания. В первую группу (43 больных) были включены пациенты, получавшие антикоагулянтную профилактику (эноксапарин 40 мг в подкожно сутки 10 дней). Вторую группу составили 49 пациентов, которым антикоагулянтная профилактика не проводилась.

Предоперационное обследование включало помимо стандартных диагностических процедур, ультразвуковое триплексное сканирование вен нижних конечностей, коагуляционные тесты (уровень фибриногена, протромбиновый индекс и международное нормализованное отношение (МНО), активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), тромбиновое время, антитромбин, D-димер), а также биохимические показатели крови - лактатдегидрогеназа (ЛДГ), щелочная фосфатаза

(ЩФ), аспаргатаминотрансфераза (АсТ) и аланинаминотрансфераза (АлТ).

Результаты и обсуждение. За время исследования не было выявлено эпизодов клинических проявлений тромбоза легочных артерий.

В первой группе при триплексном сканировании вен нижних конечностей в послеоперационном периоде на 7-10-е сутки выявлен бессимптомный тромбоз подколенного сегмента у 2 больных (4,65%). В двух наблюдениях отмечен (4,65%) варикотромбофлебит.

Во второй группе при динамическом ультразвуковом контроле обнаружен тромбоз бедренно-подколенного сегмента у 5 пациентов (10,2%) и тромбоз поверхностных вен нижних конечностей в трех наблюдениях 6,12%.

При анализе показателей коагулограммы выявлено, что увеличение D-димера более чем 4,1 раза в динамике является прогностическим признаком венозного тромбоза. Однократное увеличение уровня D-димера в послеоперационном периоде может быть обусловлено самим инвазивным вмешательством, наличием инородных тел (дренажи, катетеры), любым воспалительным процессом, и поэтому не является прогностическим признаком ВТЭО. Депрессия показателей протромбинового комплекса выявлена у всех пациентов с метастатическим поражением печени и у части пациентов с местнораспространенным раком.

При анализе показателей печеночных ферментов значительных отклонений от нормы не выявлено в большинстве случаев. Депрессия антитромбина может обуславливать низкую чувствительность к проводимой антикоагулянтной терапии. Поэтому тромботические осложнения наблюдались в обеих группах, но во второй группе частота тромботических осложнений была выше.

Выводы. Данное наблюдение показывает, что у онкологических больных высокие показатели D-димера, вероятно, являются также критерием активности ракового процесса и обладают слабым прогностическим значением.

В целях профилактики ВТЭО предпочтительнее использовать низкомолекулярные гепарины с адекватным лабораторным и инструментальным контролем у данной категории пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСЛОЙНОЙ ДЕРМАТОЛИПЭКТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

КАТОРКИН С.Е., МЕЛЬНИКОВ М.А., ЖУКОВ А.А., КРАВЦОВ П.Ф., КУШНАРЧУК М.Ю., РЕПИН А.А.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», г.Самара, Россия

Цель. Оценить эффективность послойной дерматоллипэктомии в комплексном лечении пациентов с персистирующими рефрактерными венозными трофическими язвами.

Материалы и методы. Проведено обследование и комбинированное лечение 71 пациента С6 класса. Средний возраст $62,3 \pm 7,1$ лет. Преобладали женщины - 45 (63,4%). Длительность трофических язв $6,8 \pm 1,7$ лет. Выполнялась (n=71) флебэктомия (кроссэктомия, короткий стриппинг на бедре, SEPS) в сочетании со свободной аутодермопластикой расщепленным перфорированным лоскутом. Пациентам I группы (n=35) до аутодермопластики выполнялась послойная дерматоллипэктомия. У II группы пациентов (n=36) shave therapy не проводилась. Статистических различий между группами по возрасту ($t=0,2$; $p=0,831$), полу ($\chi^2=0,008$; $p=0,993$), нозологии ($\chi^2=0,004$; $p=0,995$), анамнезу ($t=0,14$; $p=0,891$), длительности ($t=0,21$; $p=0,829$) и площади ($t=0,18$; $p=0,863$) трофических язв не зафиксировали. Оценка отдаленных результатов лечения проведена в сроки от 1 до 12 месяцев.

Результаты и обсуждения. Время полной эпителизации язв в I группе $31,4 \pm 4,7$ суток, в II - $49,4 \pm 7,2$ суток ($t=2,09$; $p=0,044$). У 27 (77,1%) пациентов I группы полное приживление аутодермотрансплантата, в II группе у 7 (19,4%) пациентов ($\chi^2=23,674$; $p=0,001$). Эпителизация частичного некроза трансплантата ($24,3 \pm 4,8$ см²) у 8 (22,9%) пациентов I группы на $42,4 \pm 4,5$ сутки. В II группе частичный некроз ($67,1 \pm 10,5$ см²) у 29 (80,6%), у 3 (8,3%) отсутствие полной эпителизации.

Зафиксировано статистически значимое уменьшение маллеолярного объема пораженной голени как в I ($t=3,6$; $p=0,001$) так и в II ($t=2,2$; $p=0,035$) группах, более выраженное в I группе через 6 и 12 месяцев ($p<0,05$).

Выводы. Послойная дерматоллипэктомия с аутодермопластикой перфорированным лоскутом и хирургической коррекцией венозных гемодинамических нарушений является эффективным методом лечения хронических заболеваний вен С6 класса. Shave therapy является методом выбора при персистирующих рефрактерных венозных трофических язвах и липодерматосклерозе нижних конечностей.

ПРИМЕНЕНИЕ ДАБИГАТРАНА В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОНКОЛОГИИ

КИТ О.И.¹, КАТЕЛЬНИЦКАЯ О.В.¹, КАТЕЛЬНИЦКИЙ ИГ.И.², ПРОСТОВ И.И.², ИВАЩЕНКО А.В.³.

¹Ростовский Научно-исследовательский Онкологический Институт, г.Ростов-на-Дону, Россия; ²ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия; ³ИП «Иващенко А.В.»

Цель работы: оценить эффективность терапии новым оральным анти-коагулянтом венозных тромбозов в онкологии.

Материалы и методы исследования: в исследование включены результаты лечения 105 пациентов с острыми венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) и онкологическим заболеванием, которым инициирующая терапия проводилась низкомолекулярными гепаринами в лечебной дозе с последующей продленной терапией дабигатраном 150 мг 2 раза в сутки. В динамике оценивали изменение показателей коагулограммы. Период наблюдения в исследовании составил 18 месяцев.

Результаты: проведенная антикоагулянтная терапия ВТЭО у онкологических больных новым пероральным антикоагулянтом продемонстрировала низкую частоту рецидивов тромбозов и геморрагических осложнений в течение всего периода наблюдения.

Преимуществом применения дабигатрана в онкологии являются фиксированная доза, независимость эффективности препарата от уровня антитромбина, отсутствие его влияния на количество тромбоцитов и короткий период полувыведения, что в совокупности обеспечивает существенное снижение частоты геморрагических осложнений.

К концу периода наблюдения отмечена хорошая выживаемость онкологических больных, которая составила 68%. На фоне терапии дабигатраном выявлено снижение уровня маркеров тромбинемии к 4 месяцу наблюдения.

По исходному уровню маркеров тромбинемии у онкологических больных с сопутствующим острым венозным тромбозом с высокой вероятностью можно диагностировать тромбоэмболию легочной артерии.

Выводы: продленная антикоагулянтная терапия венозных тромбоэмболических осложнений дабигатраном показывает высокую эффективность и безопасность у онкологических больных.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

КОВАЛЬНОГОВ А.М., МАЛКОВА П.М., ЕРМИНА М.Ю., ИВАНОВ М.А.

СЗГМУ им.И.И.Мечникова, г.Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Хроническая венозная недостаточность (ХВН) представляет значимую социальную проблему в связи с вероятностью развития трофических изменений и венозных тромбозов (VTE).

Целью данного исследования явилось изучение факторов риска прогрессирования ХВН.

Материалы и методы. В основу работы входило наблюдение за 50 пациентами с варикозным расширением вен нижних конечностей, которые были разделены на две группы: основная группа ХВН С2-4 (16 человек) и контрольная группа ХВН С1 (34 человека). Анализировались обстоятельства риска развития ХВН: особенности течения гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, цереброваскулярной болезни, нарушений менструального цикла, функции яичников, ритма сердечных сокращений, а также влияние ранней перименопаузы. Дополнительно учитывались значения САД, ДАД, ЧСС (систолическое и диастолическое артериальное давление, частота сердечных сокращений) и характеристики липидного спектра крови.

Все пациенты дали согласие на проведение обследования. Критерии исключения из анализа: развитие ХВН на фоне злокачественного новообразования.

Результаты. Изменение липидного состава крови (ЛПНП>3,9) достоверно предрасполагает к развитию поздних степеней ХВН ($P<0,05$).

Ранняя менопауза явилась обстоятельством риска прогрессирования ХВН.

Установлена достоверная взаимосвязь между увеличением числа прерванных беременностей (более 2-х) и выраженностью ХВН ($P<0,05$).

У обследованных больных зарегистрирована тенденция к прогрессированию ХВН в случае развития ожирения в послеродовом периоде или в перименопаузу.

Так же было установлено, что нарушение ритма сердечных сокращений на фоне ишемической болезни сердца достоверно предрасполагает к развитию поздних степеней ХВН ($P<0,05$).

Таким образом, гормональные нарушения, а также висцеральное ожирение и дислипидемия явились предикторами прогрессирования ХВН.

Выводы. Кардиометаболические изменения и нарушения эндокринного баланса являются факторами риска прогрессирования хронической венозной недостаточности (ХВН).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ TIPS/ТИПС В СОЧЕТАНИИ С СЕЛЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ ЛЕВОЙ ИЛИ ЗАДНЕЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ВЕНЫ

КОСОВЦЕВ Е.В., ХОРОНЬКО Ю.В., КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И., САПРОНОВА Н.Г.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель и задачи исследования. Целью исследования явилось изучение эффективности миниинвазивной операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС) в сочетании с эмболизацией варикозно-расширенных вен.

Материалы и методы. Был проанализирован опыт лечения 197 больных, находившихся на лечении в хирургической клинике РостГМУ с 2007 по 2016 гг. Все пациенты имели портальную гипертензию и перенесли операцию TIPS/ТИПС. Основным показанием к оперативному вмешательству у 151 пациента (76,6%) стали состоявшиеся в недавнем анамнезе варикозные пищеводно-желудочные кровотечения. Операцию TIPS/ТИПС начинали с печеночной флебографии и синхронной обратной мезентерико-портографии. После создания внутрипеченочного портосистемного канала проводилась прямая портография. Создание внутрипеченочного портосистемного канала с установкой внутрипеченочного стента обуславливало эффективную портальную декомпрессию, устанавливаемую манометрией. Вмешательство завершали контрольной прямой портографией. Критерием успеха операции была визуализация воротной вены (ВВ) и внутрипеченочного стента без дефектов контрастирования. У 98 больных из 151 (64,9%), подвергнутых операции TIPS/ТИПС по поводу варикозных геморрагий, операция дополнена селективной эмболизацией левой или задней желудочной вены (ЛЖВ/ЗЖВ). Эмболизацию производили спиралями Gianturco. Проведен ретроспективный анализ клинических случаев с целью определения эффективности эмболизации ЛЖВ/ЗЖВ и обоснованности ее применения. Путем рандомизированного отбора из общей выборки больных были созданы две группы (по 40 человек в каждой), сопоставимые по основным клинико-диагностическим параметрам. Во второй группе пациентов операция TIPS/ТИПС была произведена в сочетании с селективной эмболизацией ЛЖВ/ЗЖВ.

Результаты, заключение и выводы. В обеих группах наблюдения были оценены такие события, как: тромбоз шунта, эпизоды повторного кровотечения, наступление выраженной энцефалопатии, 30-дневная и годовая летальность, а также выживаемость по Kaplan-Meier. Проанализировав полученные данные, нами было установлено, что селективная эмболизация ЛЖВ/ЗЖВ, выполненная через созданный портосистемный канал, позволяет устранить ретроградный кровоток по венозной магистрали,

соединяющей ВВ с сосудами, локализованными в подслизистом слое нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка. Сочетание TIPS/ТИПС и селективной эмболизации ЛЖВ/ЗЖВ позволяет редуцировать ретроградный кровоток в ВВ и сброс крови в гастроэзофагеальный бассейн, что в большей степени снижает риск рецидива пищеводно-желудочного кровотечения, даже в условиях дисфункции шунта. Несмотря на некоторую техническую сложность манипуляции эмболизации ЛЖВ/ЗЖВ и, как следствие, увеличению времени (в среднем на $14,4 \pm 2,0$ минуты) продолжительности операции, отмечается снижение количества рецидивных геморрагий и повышение выживаемости пациентов во второй группе наблюдений. Этапное выполнение высокотехнологичного рентгеноэндоваскулярного вмешательства TIPS/ТИПС и эмболизации ЛЖВ/ЗЖВ является эффективным методом лечения и профилактики варикозных пищеводно-желудочных кровотечений портального генеза, при условии соблюдения показаний и технической возможности исполнения селективной эмболизации.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

КРИВОЩЕКОВ Е.П., МИГУНОВ И.А.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Самара, Россия

Несмотря на многовековую историю, проблема посттромботической болезни нижних конечностей не только не утратила своего значения, но напротив, актуальность ее в современной медицине неуклонно возрастает. По данным различных источников, трофические язвы венозной этиологии составляют более 70% от всех язв нижних конечностей. Среди больных сахарным диабетом число лиц, имеющих язвенные дефекты стоп, достигает 15%. При наличии сочетания у пациента хронической венозной недостаточности и сахарного диабета частота трофических нарушений возрастает в 2-3 раза.

Цель исследования: сравнение эффективности и удобства применения препаратов пентоксифиллина, сулодексида и нафтидрофурила в консервативной терапии больных с посттромботической болезнью нижних конечностей и синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы: Исследование проведено в ГБУЗ «Самарская городская клиническая поликлиника №1» на базе ангиологического дневного стационаре в 2015 г. В исследование были включены 36 пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы, в возрасте от 42 до 62 лет. Среди них было 10 (28%) мужчин и 26 (72%) женщин. Проведено сравнение 3 групп больных, которые проходили лечение в условиях ангиологического дневного стационара поликлиники.

Базовая терапия у всех групп пациентов включала: в/в капельное введение тиоктовой кислоты 600 мг №10, диосмина 600 мг, ацетилсалициловой кислоты 100 мг, клопидогрель 75 мг, в/м витамины В1, В6, В12 (комбилипен), курс физиотерапии на н/конечности (лазеромагнитотерапия, ножные четырехкамерные, вихревые ванны). После выписки из стационара пациенты продолжали получать: тиоктовую кислоты 300 мг по 2 таблетки утром (50 дней), диосмин 600 мг по 1 таб. 1 раза в день (60 дней), ацетилсалициловую кислоту 100 мг вечером, клопидогрель 75 мг в сутки (50 дней)

В зависимости от базового исследуемого препарата все больные были разделены на группы: в 1 группу (контрольную) вошли 12 (33,3%) пациентов, которым проводился курс с ведением в/в капельно раствора пентоксифиллина 10 мл № 10, с последующим пероральным приемом в дозировке 400 мг. по 1 таблетки 3 раза в сутки (50 дней); во 2

группу вошли 12 (33,3 %) человек, которым проводился курс введения в/в капельно сулодексид 600 ЛЕ № 10 с последующим приемом сулодексида 250 ЛЕ по 1 капсуле 2 раза в день в течение 50 дней; в 3 группу вошли 12 (33,3 %) больных, которые получали нафтидрофурил (Дузофарм) по 2 таблетки 3 раза в день (300 мг в сутки) на протяжении всего курса терапии (60 дней).

Больным в обязательном порядке рекомендовали использовать эластичный компрессионный трикотаж II класса (23.0-32.0 мм.рт.ст.) или III класса компрессии (34-46 мм.рт.ст.). Для восстановления нормального лимфо-венозного оттока применяли аппарата VEINOPPLUS. Эффективность проводимой терапии оценивалась по клиническим проявлениям заболевания, динамики отека и показателям свертывающей системы крови.

Результаты: после проведенного курса лечения в течение двух месяцев улучшение состояния здоровья, уменьшение болевого синдрома отмечено у всех пациентов в трех группах. Болевой синдром, в первые дни, был выражен у всех пациентов. К 7 суткам от начала лечения отмечено уменьшение болевого синдрома вплоть до полного его исчезновения у 30 (83%) больных. Отек на нижних конечностях уменьшился у всех пациентов 3 группы. В 1 группе отек сохранялся у 3 (8,3%) пациентов, во 2 группе у 2 (5,6%). Показатели свертывающей системы крови в 1 группе были без изменений, во 2 группе время свертывания увеличилось с 4 минут до 7-8 минут, АЧТВ до 35 сек, а в 3 группе увеличение время свертывания крови до 6 минут, АЧТВ до 37 сек.

Через 6 месяцев у всех больных 1 группы возникала необходимость проведения повторных курсов консервативной терапии в связи с ухудшением состояния нижних конечностей и увеличение отеков на нижних конечностях. Во 2 группе такая потребность возникла у 4 пациентов, а в 3 группе у 6 человек.

Через 6 месяцев после проведенной терапии гнойные осложнения возникли у 1 больного 1 группы, во 2-й и 3-й группе осложнений не было.

Выводы: результаты исследования сравнительной эффективности лечения пациентов с посттромботической болезни нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы подтвердили обоснованность перехода к применению сулодексида и нафтидрофурила (Дузофарм). Это обусловлено достоверно более выраженным улучшением субъективных и объективных показателей при использовании данных препаратов. Следует отметить, что Дузофарм (нафтидрофурил), применявшийся в исследовании в дозировке 300 мг/сутки, продемонстрировал высокую эффективность, сопоставимую с сулодексидом, при этом пероральный прием препарата был удобен для пациентов. Это позволяет рассматривать Дузофарм не только как высокоэффективный препарат, но и как препарат, обладающий дополнительным потенциалом в ангиологии.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

КРИВОЩЕКОВ Е.П., МИГУНОВ И.А.

ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»,
ГОУ ВПО «Самарский Государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
Самара, Россия

Венозные тромбоэмболические осложнения на протяжении многих десятилетий остаются важнейшей клинической проблемой, затрагивающей профессиональную сферу врачей практически всех специальностей. Антикоагулянтная терапия является основным методом лечения ТГВ и ТЭЛА. Рекомендуемыми режимами антикоагуляции в нашей стране является начальная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) либо фондапаринуксом с последующим переходом на антагонисты витамина К или дабигатран. Альтернатива ступенчатой терапии – монотерапия препаратом ривароксабан, то есть использование одного препарата с первого дня заболевания для лечения и вторичной профилактики.

Цель исследования: оценка эффективности, безопасности и удобства основной терапии венозного тромбоза в сочетании с ТЭЛА пероральным антикоагулянтом ривароксабан, начиная с первых суток лечения.

Материалы и методы: проведено проспективное клиническое исследование. В исследование были включены 124 пациента, поступивших в отделение сосудистой хирургии Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина в 2014-2015 г., с инструментально верифицированными ТГВ и ТЭЛА, не требующих хирургического или тромболитического вмешательства. Срок от начала заболевания до госпитализации в стационар составил от 1 до 8 суток, в среднем $3,5 \pm 1,5$ суток.

Больные были разделены на 2 группы, однородные по возрасту, полу, уровню ТГВ и степени поражения ТЭЛА. В 1 контрольную группу вошли 78 (63%) больных, во вторую основную группу – 46 (37%) пациентов. Пациентам контрольной группы назначалась основная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) в лечебных дозировках с последующим переходом на антагонисты витамина К или дабигатран под контролем МНО. Больные, вошедшие во 2 группу исследования, выбирали альтернативный антикоагулянт самостоятельно на основании осведомленности о достоинствах и недостатках стандартной терапии и наличия доказательной базы по новым препаратам. Начиная с первых суток назначали ривароксабан по 15 мг 2 раза в день на срок до 3 недель от начала терапии, затем переходили на однократный ежедневный прием 20 мг препарата.

После окончания стационарного этапа лечения, продолжительность которого составила 7-10 суток (в среднем 8 ± 1 суток), все больные продолжили антикоагулянтную терапию ривароксабаном в амбулаторном режиме, в том числе все пациенты с выявленным онкологическим заболеванием. Далее пациенты наблюдались в течение 3-6 месяцев от начала заболевания.

Результаты: геморрагические осложнения были разделены на три группы: большие, значимые, малые. Через 3 месяца под наблюдением оставались 56 пациентов контрольной группы и 40 больных основной группы. У 6 больных 1 группы и 3 пациента 2 группы отмечалась одышка при незначительной и умеренной физической нагрузке, им выполнено КТ-ангиография легких, данных за рецидив ТЭЛА не было получено. Клиническая картина соответствовала постэмболической окклюзии легочной артерии. При ангиосканировании нижних конечностей у 3 пациентов 1 группы и 1 больного 2 группы выявлено нарастание тромба, которое не привело к рецидиву ТЭЛА.

Геморрагические осложнения в 1 группе наблюдались у 6 (7,7%) человек, у 2 было значимое кровотечение, потребовавшее приостановку антикоагулянтной терапии, у 4 – малые кровотечения. Все эти пациенты не соблюдали режим антикоагулянтной терапии, подразумевающий контроль МНО, при применении антагонистов витамина К. Во 2 группе геморрагические осложнения были у 2 (4,3%) человек – малые кровотечения.

39 пациентов из обеих групп с дистальной локализацией венозного тромбоза и обратимыми факторами риска завершили курс антикоагулянтной терапии.

Все наблюдаемые нами пациенты принимали ривароксабан по предложенной схеме, не было ни одного пациента, досрочно прекратившего прием препарата.

Полученные нами данные в общем согласуются с результатами рандомизированного исследования EINSTEIN PE, посвященного сравнению эффективности и безопасности терапии венозного тромбоза с подтвержденной ТЭЛА препаратом ривароксабан и эноксапарин+антагонисты витамина К (*EINSTEIN Investigators, 2012*).

Таким образом, полученные результаты подтверждают эффективность, безопасность, удобство применения препарата ривароксабан начиная с первого дня терапии венозного тромбоза в сочетании с подтвержденной ТЭЛА, высокую приверженность к терапии препаратом, являющимся современной альтернативой стандартной антикоагулянтной терапии.

ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛООПАСНОГО ТРОМБОЗА В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У БЕРЕМЕННЫХ

ЛАРЬКОВ Р.Н., КОЛЕСНИКОВ Ю.Ю., ЗАГАРОВ С.С., ЛАЗАРЕВ Р.А., ШИЛОВ Р.В.,
ВУЛЬФ В.В.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им.
М.Ф.Владимирского, г.Москва, Россия

Актуальность: Беременные женщины представляют группу риска в плане развития тромбоэмболических осложнений. Развитие тромбоэмболии легочной артерии на фоне тромбоза в системе нижней полой вены несёт риск жизни и здоровью не только матери, но и её ребенку. Учитывая особенности организма беременной женщины, накладывающие ограничения на возможности обследования и лечения, данная проблема является особенно актуальной.

Материалы и методы: За 5 лет (2011 г. по 2016 г.) в ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского и ГБУЗ МО МОНИИАГ по поводу эмболоопасного тромбоза в системе НПВ находились на лечении 8 пациенток. Сроки беременности составляли от 28 до 39 недель. Всем пациенткам проведено стандартное обследование: клинико-биохимические исследования, ЭКГ, ЭХО КГ, дуплексное сканирование с цветовым картированием вен нижних конечностей, подвздошных вен и нижней полой вены; ультразвуковое исследование матки, органов малого таза. Ведение беременности и родоразрешение беременных поздних сроков осуществлялось при взаимодействии с акушерами-гинекологами ГБУЗ МО МОНИИАГ.

Результаты: В 5 случаях у пациенток был выявлен илиофemorальный тромбоз. При этом оценка состояния верхнего полюса тромба была невозможна ввиду увеличенной матки за счет беременности 34-39 недель. Одной из этих пациенток была выполнена попытка имплантации кава-фильтра. Однако из-за компрессии нижней полой вены маткой, установить кава-фильтр не удалось. На основании этого опыта, в последующем, у беременных попыток установки кава-фильтра не выполнялось.

Несмотря на отсутствие данных за флотацию верхнего полюса тромба, беременные с илеофemorальным тромбозом расценивались нами, как группа повышенного риска в плане развития ТЭЛА в околородовом периоде. Всем 5 пациенткам выполнено родоразрешение путём Кесарева сечения, тотчас после родоразрешения выполнялось ДС нижней полой вены для оценки состояния верхушки тромба. У всех 5 пациенток флотации верхнего полюса тромба выявлено не было. Все новорожденные были доношены (по шкале Апгар - 8-9 баллов).

В 2 случаях выявлена флотация тромба в общей бедренной вене (тромбы исходили из поверхностной бедренной и большой подкожной вен). В одном случае была выполнена тромбэктомия из общей бедренной вены с кроссэктомией, во втором - тромбэктомия из общей бедренной вены с перевязкой поверхностной бедренной.

Выводы: особенности организма беременных женщин (сдавление маткой подвздошных вен и нижней полой вены, прогрессирование варикозной болезни, изменения реологической крови) являются факторами риска в отношении развития тромбозов в системе НПВ, что требует активной профилактики (ношение компрессионного трикотажа, контроль коагулограммы). Учитывая отсутствие флотирующих тромбов при илиофemorальном тромбозе после родоразрешения, можно допустить предположение, что беременная матка выполняет роль «временного фильтра».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАВА-ФИЛЬТРОВ В ЛЕЧЕНИИ ИЛЕОФЕМОРАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

ЛАРЬКОВ Р.Н., ВАЩЕНКО А.В., СОТНИКОВ П.Г.,
КОЛЕСНИКОВ Ю.Ю., ЗАГАРОВ С.С., ЛАЗАРЕВ Р.А., ШИЛОВ Р.В., ВУЛЬФ В.В.

Отделение хирургии сосудов и ИБС
ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, г.Москва, Россия

Цель: Изучить эффективность использования кава-фильтра для профилактики тромбоза лёгочной артерии (ТЭЛА) при илеофemorальном тромбозе.

Материалы и методы: За последние 12 лет (с 2003 по 2015 годы) 140 пациентам ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского по поводу илеофemorального тромбоза имплантированы кава-фильтры. Средний возраст пациентов 54.3 ± 11.6 лет, женщин 60%(84). В среднем длительность тромбоза составила 16 ± 7 дней. Тромбоз лёгочной артерии (ТЭЛА) диагностирована у 30.7% пациентов, у четырех пациентов наблюдалась рецидивирующая ТЭЛА. Имплантация кава-фильтра выполнялась при илеофemorальном тромбозе и флотации верхушки тромба на протяжении 3 см и более. У 69.3% пациентов флотирующий тромб располагался в подвздошных венах, в 30.7% случаев - в нижней полой вене. При отсутствии данных за флотацию проводилась консервативная терапия. У 9 больных перед имплантацией кава-фильтра потребовалось выполнение эдоваскулярной катетерной тромбэкстракции из нижней полой вены ввиду распространения тромба до уровня или выше устьев почечных вен. Съёмные кава-фильтры установлены 82(63%) пациентам: 14(17%) пациентам «ALN» со сроком удаления до 500 дней,; 68(83%) пациентам «OptEase» и «Зонтик универсальный» со сроком удаления до 30 дней.

Результаты и обсуждение: Контрольное ультразвуковое исследование НПВ и подвздошных вен выполнялось в 1-5 сутки после операции. При этом у 6 (4,3%) пациентов выявлено наложение тромботических масс на кава-фильтре. Летальных исходов, ТЭЛА, кровотечений и миграции в ближайшем послеоперационном периоде не было. У 30 пациентов (21%) съёмный кава-фильтр удален в сроки от 21 до 180 дней (при отсутствии признаков флотации). В 5(3.6%) случаях попытка удалить съёмный кава-фильтр не увенчалась успехом.

Выводы: Установка кава-фильтра - безопасный и эффективный метод профилактики ТЭЛА при илео-фemorальном тромбозе с протяженной флотацией верхушки тромба. Использование тромбэкстракции из нижней полой вены и появление съёмных кава-фильтров со сроком снятия до 500 дней после установки позволяет расширить показания для имплантации кава-фильтра.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАЗРЫВЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННОЙ АНЕВРИЗМЫ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ НАРКОМАНИЕЙ

ЛЕБЕДЬ С.С., ЭКИЗЯН Г.Б., МАНЖУЛА Е.В., ЧУБАРОВ В.Е., АФОНИН А.А.

Отделение сосудистой хирургии ГБСМП, г. Ростов-на-Дону, Россия

Лечение больных хронической наркоманией с разрывами ложных постинъекционных аневризм бедренной артерии до настоящего времени является одной из сложных и до конца не решенных проблем экстренной ангиохирургии. Открытым остается вопрос о выполнении первичной реваскуляризации или необходимости перевязки сосудов на протяжении подвздошного артериального сегмента.

Цель данной работы - анализ ближайших результатов хирургического лечения больных хронической инъекционной наркоманией при разрыве ложной аневризмы бедренной артерии.

Материал и методы. В основу работы положены результаты наблюдения за 35 больными с разрывом ложных постинъекционных аневризм бедренной артерии (31 мужчин и 4 женщины), находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии ГБСМП г. Ростова-на-Дону в период с 2011 по 2015 г. Средний возраст составил $34 \pm 2,3$ года (от 22 до 48 лет). Больные наблюдались в течение 1 года от момента операции.

Все пациенты были доставлены в стационар с явлениями наружного артериального кровотечения и оперированы в экстренном порядке. У всех больных интраоперационно диагностирован разрыв ложной аневризмы бедренной артерии.

Больным выполнялись следующие виды оперативных вмешательств:

- 1) Резекция аневризмы с аутовенозной заплатой;
- 2) Резекция с протезированием либо шунтированием;
- 3) Прошивание бедренных артерий;
- 4) Перевязка НПА и резекция аневризмы без пластики;
- 5) Аневризморрафия.

В послеоперационном периоде больным были назначены антибиотики 2-х групп (макролиды, цефалоспорины). Выполнялись ежедневные перевязки послеоперационных ран.

Всем пациентам после восстановительных операций выполнялось ультразвуковое триплексное сканирование артерий оперированной конечности на аппарате ATL "Arogee-800" в срок от 6 месяцев до 1 года, дистальнее зоны пластики верифицирован магистральный тип кровотока.

Результаты и обсуждение. Резекция ложной аневризмы с боковой аутовенозной пластикой дефекта бедренной артерии выполнялась 4 раза, после чего в одном случае через 4 дня у больной развилось аррозивное кровотечение, больной была выполнена перевязка наружной подвздошной, поверхностной бедренной и глубокой бедренной артерии. Резекция с протезированием либо шунтированием аутовеной выполнялась 2 раза, в одном случае больной скончался по причине полиорганной недостаточности, вызванной септициемией. Прошивание бедренных артерий выполнялось 5 раз, в одном случае, в связи с возникшей ишемией нижней конечности IIIA-IIIБ степени, больному выполнена ампутация нижней конечности. Перевязка НПА и резекция аневризмы без пластики выполнялась 13 раз, в двух случаях, в связи с нарастающей ишемией конечности, выполнена ампутация, в одном случае больной скончался по причине полиорганной недостаточности, вызванной септициемией. Аневризморафия выполнялась 11 раз, в 2-х случаях после операции у больного отмечалась острая ишемия нижней конечности IIIA-IIIБ степени, выполнено общебедренно-поверхностно-бедренное аутовенозное шунтирование и пластика заплатой, в одном случае выполнялась ампутация, в одном случае больной скончался по причине полиорганной недостаточности, вызванной септициемией.

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости перевязки наружной подвздошной артерии и прошивания бедренных артерий при разрыве ложных аневризм бедренных артерий, учитывая высокий риск гнойных осложнений при выполнении реваскуляризирующих и пластических операций (нагноение послеоперационной раны, аррозивные кровотечения).

Наступление субкомпенсации артериального кровообращения после выполнения перевязки НПА наступает за счет анастомоза *a. circumflexa femoralis lateralis* из системы *a. profunda femoris* с *a. circumflexa ilium profunda* (в случае перевязки НПА дистальнее места ее отхождения) и с *a. glutea superior*.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЛУКЪЯНОВ С.В., АЛУБАЕВ С.А., КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И., ЛУКЪЯНОВ Н.С.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Заболеваемость злокачественными образованиями щитовидной железы постоянно увеличивается. Это связано как с совершенствованием диагностических методик, и соответственно повышением выявляемости, так и с влиянием экзогенных и эндогенных факторов. При этом, часть пациентов имеет сопутствующую патологию, которая повышает риск развития тромботических осложнений в послеоперационном периоде.

Проведен анализ результатов лечения 737 больных раком щитовидной железы, оперированных в отделении хирургическом клиники РостГМУ в 2000-2015гг. У 5,6% больных, оперированных в 2000-2009гг, в раннем послеоперационном периоде возникли различные тромботические осложнения. Среди них в 4,2% наблюдений развился острый тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей, в 1,4% случаях – острый тромбофлебит подкожных вен верхних конечностей. Острый тромбофлебит вен нижних конечностей в 12 случаях возник на фоне варикозной болезни вен нижних конечностей, что в 4 случаях потребовало проведение операции Троянова-Тренделенбурга в связи с проксимальным его распространением. Тромбофлебит подкожных вен верхних конечностей возник в месте установки катетера для внутривенных инфузий.

Во всех случаях возникновения тромбофлебита, при ретроспективном анализе историй болезни, выявлены лабораторные показатели, свидетельствующие о повышении коагуляционной активности крови в дооперационном периоде.

С 2010г больным раком щитовидной железы проводится оценка риска тромботических осложнений по шкале Caprini, а также комплекс мероприятий, направленных на профилактику тромботических осложнений. По результатам лабораторных и инструментальных исследований, больным, со склонностью к тромбозам, с профилактической целью в дооперационном периоде назначались антиагреганты (препараты ацетилсалициловой кислоты), антикоагулянты (гепарины с низким молекулярным весом (эноксапарин), а также эластическая градуированная компрессия нижних конечностей в соответствии с рекомендациями Ассоциации флебологов России по диагностике, лечению и профилактике тромбоэмболических

осложнений от 2010 года). В 4 случаях сочетания рака щитовидной железы с варикозной болезнью, были проведены симультанные операции (тиреоидэктомия и флебэктомия). Тромботических осложнений в данной группе больных (261 чел) не выявлено.

Таким образом, мероприятия, направленные на профилактику тромботических осложнений и устранение сопутствующей хронической венозной недостаточности у больных раком щитовидной железы позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни данных больных.

СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛООПАСНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ЛЫЗИКОВ А. А., КАПЛАН М. Л., ГУРЕЕВ С. А., КАБКОВ А. А.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Неизменно высокая частота венозных тромбозов нижних конечностей и существенный риск тромбозэмболических осложнений обуславливают актуальность данной проблемы.

Цель: проанализировать структуру и способы лечения эмболоопасных венозных тромбозов нижних конечностей, потребовавших нахождения в стационарных условиях.

Материал и методы:

Выполнен ретроспективный анализ 110 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу эмболоопасного венозного тромбоза нижних конечностей с 01.01.2015 по 31.12.2015 в отделении сосудистой хирургии Гомельского областного клинического кардиологического центра. Анализ результатов инструментальных исследований, листов назначений и рекомендаций при выписке.

Результаты и их обсуждение:

Острый тромбоз глубоких вен составил 82 случая (74,5 %), острый тромбофлебит – 25 (22,7 %), сочетанное поражение подкожных и глубоких вен нижней конечности – 3 (2,8 %). Медиана и интерквартильный размах возраста составили 56,4 (34,4; 68,2) лет (минимальный возраст – 25 лет, максимальный – 91 год). Сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдались у 45 (40,9 %) пациентов.

Половая структура острых тромбозов глубоких вен: мужчины 52 (63,4 %), женщины – 30 (36,6 %). Локализация тромбоза: поражение феморального сегмента наблюдалось у 57 (69,5 %) человек, илиофеморального – у 13 (15,8 %), попliteального – 4 (4,9 %), тibiального – 3 (6 %), соответственносочетанное поражение нескольких венозных сегментов – 3 (3,7 %). По данным ультразвукового исследования, у 22 (26,8 %) пациентов были выявлены признаки флотации тромба. У 11 (13,4 %) пациентов развилась тромбозэмболия легочной артерии (ТЭЛА), которая в одном случае привела к летальному исходу.

Среди пациентов с тромбофлебитом мужчин оказалось 7 (28 %), женщин – 18 (72 %). По локализации преобладает поражение большой подкожной вены – 24 (96 %), тромбофлебит притоков большой подкожной вены – 1 случай. При этом у 23 (92 %)

пациентов тромбозом глубоких вен развился на фоне варикозного расширения вен нижней конечности.

Оперативное лечение было проведено 46 (41,8 %) пациентам. При этом среди пациентов с тромбозом глубоких вен различной локализации, операция была выполнена 22 (26,8 %): пликация поверхностной бедренной вены – 12, перевязка поверхностной бедренной вены – 7, тромбэктомия из общей бедренной вены с пликацией поверхностной бедренной вены – 3. При тромбозе подкожных вен оперативному лечению (операция Троянова-Тренделенбурга) подверглись 24 пациентов (96 %). В послеоперационном периоде у всех пациентов применялась эластическая компрессия по стандартной методике.

Все пациенты получали медикаментозное лечение. Наиболее широко используемыми в лечении медикаментозными препаратами оказались: троксерутин 97 (88,2 %), пентоксифиллин 67 (60,1%), ксантиноланикотинат 21 (19,1 %), аспикард 66 (60 %), диклофенак 61 (55,5 %), реоглюман 60 (54,5 %), фрагмин 28 (25,5 %), цибор 25 (22,7 %), гепарин 14 (12,7 %) и варфарин 15 (13,6 %). Только 23 (20,9 %) пациентам рекомендовано продолжение приема варфарина под контролем международного нормализованного отношения.

Выводы:

1. Высокий риск тромбоэмболических осложнений на фоне венозных тромбозов нижних конечностей (у 11 (13,4 %) пациентов с тромбозом глубоких вен развилась ТЭЛА, которая в одном случае привела к летальному исходу) требует стандартизации подходов к консервативному и хирургическому лечению данной патологии.

2. Диагностика острого восходящего тромбоза (24 пациента) и флотирующего тромба в глубоких венах (22 пациента), по результатам ультразвукового исследования, является показанием к хирургическому лечению по экстренным показаниям для профилактики развития ТЭЛА. В общей структуре патологии оперативное лечение понадобилось 46 (41,8 %) пациентам. Операцией выбора при наличии флотирующего тромба в бедренных венах является пликация поверхностной бедренной вены, при необходимости, в сочетании с тромбэктомией из общей бедренной вены.

3. Необходимо более широкого назначения антикоагулянтов и лабораторный контроль их эффективности. Среди проанализированных случаев антикоагулянтная терапия осуществлялась выборочно следующими препаратами: фрагмин – 28 (25,5 %), цибор – 25 (22,7 %), варфарин – 15 (13,6 %), гепарин – 14 (12,7 %). Только 23 (20,9 %) пациентам рекомендовано продолжение приема варфарина на амбулаторном этапе.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБАМИ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

ЛЯЩУК А.В.², МИРОШНИЧЕНКО П.В.¹, ЧАЙКА О.О.², ПРОНИН И.В.¹, РЕУКА В.П.¹, ДОЛГОПОЛОВ В.В.², КРИВОНОСОВА Т.В.¹, МИРОШНИКОВ Р.М.¹

¹ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», г. Луганск, ЛНР;

²ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, ЛНР

Введение: Острые тромбозы в системе нижней полой вены (НПВ) являются одними из наиболее распространенных сосудистых заболеваний. Несмотря на определенные успехи в усовершенствовании диагностических технологий, вопросы обследования и определения тактики лечения больных с острым тромбозом системы НПВ остаются не до конца решенными.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) – это два проявления одной болезни, которые имеют одинаковые факторы риска и объединены в одно понятие венозный тромбоз (ВТЭ).

Риск развития ТЭЛА особенно высок у пациентов с флотирующими тромбами.

Цель исследования: клиническая оценка тактики лечения больных с флотирующими тромбами в системе НПВ.

Материалы и методы: В период с марта 2014 г. по июнь 2016 г. пролечено 315 пациентов с эмболоопасными тромбами в системе НПВ. Все больные были обследованы согласно клиническим протоколам и разделены на 2 группы. В 144 (45,7%) случаях, флотирующий тромб сформировался в результате восходящего тромбофлебита большой подкожной вены с переходом верхушки тромба на общую бедренную вену (группа 1). У 171 (54,3%) больных, патологический процесс исходно локализовался в глубоком венозном русле, тромботическое поражение бедренной вены стало следствием восходящего распространения тромбоза из берцовых и подколенной вен (группа 2). Во всех наблюдениях после постановки диагноза в целях профилактики тромбоэмболических осложнений применяли активную хирургическую тактику. В группе 1: в 88 случаях (61,1%) выполнена кроссэктомия; в 55 случаях (38,2%) выполнена тромбэктомия из общей бедренной вены (ОБВ) с пликацией большой подкожной вены (БПВ); в 1 случае (0,7%) тромбэктомия из БПВ и общей бедренной вены (ОБВ) с пликацией БПВ и поверхностной бедренной вены (ПБВ). В группе 2: в 59 случаях (34,5%) выполнена перевязка ПБВ; тромбэктомия из ОБВ с пликацией ПБВ в 70 случаях (40,9%); перевязка наружной подвздошной вены (НарПВ) в 32 случаях (18,7%); в 10 случаях (5,9%) выполнена тромбэктомия из НПВ с пликацией общей подвздошной вены.

Результаты и обсуждение: Все пациенты отмечали положительную динамику лечения после операции. Распространения тромбоза выше уровня перевязки не было. Летальных исходов не отмечено. В группе 1 осложнений не было. Во 2 группе у 22 (12,9%) больных имела место послеоперационная лимфорея, которая купировалась консервативным путём; у 30 (17,5%) больных имело место послеоперационный отёк оперированной конечности. У всех пациентов на момент выписки из стационара симптомы венозного стаза регрессировали.

Отдалённые результаты прослежены в течение 1 года. Усиления симптомов нарушения венозного оттока и стойкого сохранения симптомов венозного стаза у пациентов не отмечено.

Выводы: Использование хирургических методов профилактики ТЭЛА является – эффективным, малотравматичным и сравнительно безопасным вмешательством и не вызывает выраженных нарушений регионарной флебогемодинамики в послеоперационном периоде.

ТРОМБЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБОЗАМИ ВЕН ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА

МАТЮШКИН А.В., МЕЛЬНИЧЕНКО А.Ю.

Кафедра факультетской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова (заведующий - академик РАН И.И. Затевахин), ГКБ им. Д.Д. Плетнева, г. Москва

Цель: Оценить результаты хирургического лечения пациентов с флотирующими тромбозами вен подвздошно-бедренного сегмента. Оценить результаты тромбэктомии из вен, дополненной наложением артерио-венозной фистулы (АВФ),.

Материалы и методы: с 2000 по 2015 гг. выполнена 307 тромбэктомий из вен подвздошно-бедренного сегмента. Средний возраст пациентов составил 57,3 (+/-18.3). Во всех случаях тромб носил флотирующий характер и распространялся из поверхностной бедренной вены (ПБВ). 282 пациентам выполнена тромбэктомия из общей бедренной вены (ОБВ) или наружной подвздошной вены (НарПВ) с перевязкой ПБВ рассасывающейся лигатурой в области устья. В 25 случаях тромбэктомия из вен подвздошно-бедренного сегмента, дополнена наложением артерио-венозной фистулы (АВФ). Диагноз устанавливался на основании ультразвукового дуплексного ангиосканирования (УЗДС) которое в большинстве случаев (89,4 %) позволило точно установить границу тромбоза, определить характер тромба и оценить состояние стволов глубокой бедренной вены (ГБВ) в месте их впадения в общую бедренную вену (ОБВ). Проведение ретроградной илеокаваграфии потребовалось у 4-х больных (16,0%), когда при УЗДС не удавалось определить верхнюю границу тромба. При подозрении на ТЭЛА проводилась ангиопульмонография, КТ-ангиопульмонография, ЭХО-кардиография.

Абсолютным показанием к наложению артерио-венозных фистулы считалось: выявление вторичного тромбоза стволов ГБВ в области устья, наличие выраженных воспалительных изменений в стенке (ОБВ), частичная фиксация тромба к стенке вены. Относительным показанием считалась давность венозного тромбоза более 7-ми дней.

Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась антикоагулянтная терапия прямыми антикоагулянтами, в том числе и низкомолекулярными гепаринами (39.8%) с переходом на оральные непрямые антикоагулянты (контроль МНО 2.0-2.5). В первые-вторые сутки послеоперационного периода выполнялось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование зоны операции. Исследование повторялось на 4-5 день и при выписке.

Результаты: Ретромбоз в раннем послеоперационном периоде выявлен 16 пациентов, перенесших тромбэктомию из ОБВ и НарПВ без наложения АВФ. Летальность

в этой группе составила 2.3 % (7 больных). В двух случаях причиной смерти стал рецидив ТЭЛА, у двух пациентов - прогрессирование онкозаболевания, еще двое больных скончались от острого коронарного синдрома (инфаркт миокарда) и один больной от нарастания сердечной недостаточности на фоне легочной гипертензии. Ретромбоз в группе АВФ у одного пациента (4,0%), перенесшего тромбэктомию из общей подвздошной вены с наложением АВФ. Причиной тромботической реокклюзии послужил тромбоз артерио-венозной фистулы, на фоне исходного тромбоза большой подкожной вены, которая была использована для формирования АВФ. Летальные исходы в этой группе отсутствовали.

Выводы: При флотирующих тромбозах общей бедренной и наружной подвздошной вены целесообразным и надежным методом является выполнение тромбэктомии из вен подвздошно-бедренного сегмента. Вовлечение в зону тромбоза устья и начальных отделов ГБВ, выраженное воспаление венозной стенки ОБВ и подвздошных вен при давности венозного тромбоза (более 7 суток) требует дополнение венозной тромбэктомии наложением артерио-венозной фистулы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОЗОВ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

МИРОШНИЧЕНКО П.В.¹, ТОРБА А.В.², ХАРЧЕНКО В.В.²

¹ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», г.Луганск, ЛНР;

²ГУ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер», г.Луганск, ЛНР

Проблема опухолевых тромбозов нижней полой вены (НПВ) чрезвычайно актуальна. По данным А.В.Покровского (2004) опухоли почек имеют выраженную тенденцию к инвазии в венозные каналы и могут распространяться на НПВ. Наличие опухолевых тромбов НПВ зачастую заставляют онкологов воздерживаться от радикальных операций, хотя использование вазорезекционных методов могло бы существенно расширить возможности лечения этой группы больных.

Цель исследования: проанализировать собственные результаты лечения больных с опухолевыми тромбозами при раке почки.

Материалы и методы: Мы располагаем опытом лечения 102 больных раком почек с инвазией в магистральные вены за период 2006-2016гг. Средний возраст составил $58,6 \pm 2,4$ года. Мужчин было 69, женщин – 33. Правосторонняя локализация опухоли отмечалась у 64 больных, левосторонняя – у 38.

Использована классификация распространения уровня опухолевого тромбоза НПВ по Мейо.

I степень. Инвазия в пределах почечной вены – 66 больных. При этом устья вены не достигало в 20 случаях. При этом производилась типичная нефрэктомия с пересечением почечной вены проксимальнее головки опухолевого тромба. Устья почечной вены тромбоз достигал у 46 пациентов. Производится ипсилатеральная нефрэктомия с тромбэктомией из НПВ флотирующей головки опухолевого тромба с обязательной резекцией устья и пластикой НПВ. Последнее оказалось не лишним, поскольку при гистологическом исследовании во всех случаях в области устья почечной вены оказывались признаки имплантационного распространения опухоли.

II степень. Инвазия в интерренальный и подпеченочный сегмент НПВ – 32 больных. Произведена ипсилатеральная нефрэктомия с открытой тромбэктомией из НПВ с обязательной ревизией устьев поясничных вен и кюретажем из последних с последующей пластикой НПВ (31 случай), поскольку именно устьях поясничных вен, а также устье контралатеральной почечной вены (2 случая) является местом локализации «забытого» остаточного опухолевого материала. В одном случае при плотной фиксации опухолевого тромба к стенке вены произведена резекция и протезирование НПВ.

III степень. Инвазия в надпеченочный сегмент НПВ – 3 больных

IV степень. В одном случае распространение опухолевого тромба в наддиафрагмальный сегмент.

При III и IV степени распространения опухолевого тромба произведена ипсилатеральная нефрэктомия с открытой тромбэктомией из НПВ с обязательным контролем задней стенки НПВ, для чего производилась полная мобилизация и медиальная ротация печени по методу «piggy-back». Для контроля наддиафрагмального участка НПВ использована радиальная диафрагмотомия по способу Давыдова. При этом выявлен интересный феномен – если в подпеченочном сегменте НПВ плотная фиксация опухолевого тромба к венозной стенке наблюдалась довольно часто, то при III и IV степенях инвазии головка опухолевого тромба располагалась довольно подвижно и тромб приобретал характер флотирующего. Это обстоятельство позволило во всех случаях дигитально низвести («сдвинуть») головку тромба дистальнее устьев главных печеночных вен и наложить зажим на НПВ без выраженных гемодинамических расстройств. Кроме того это позволило избежать применения расширенных (торакоабдоминальный, стернолапаротомический) доступов. Доступ во всех случаях срединный лапаротомный. Кроме того это позволило избежать необходимости применения искусственного или вспомогательного кровообращения, хотя такая возможность не исключалась. Циркуляторный арест печени (метод Прингла) производился в 2 случаях. После короткой паузы с момента наложения сосудистого зажима на гепатодуоденальную связку (3-5 минут) наступала заметная ретракция печени, что в значительной степени улучшило возможность выделения ретропеченочного отдела НПВ и манипуляции на последней. Длительность ареста составила 11 и 9 минут.

У 3 больных отмечалась местно-распространенный характер опухоли (прорастание в селезенку 1 случая и в нисходящий отдел толстой кишки), что потребовало расширенных операций (нефрэктомия и спленэктомия, а также левосторонняя гемиколэктомия соответственно). В одном случае отмечалась первично множественная локализация опухоли (рак правой почки и аденокарцинома слепой кишки), что потребовало дополнительной правосторонней гемиколэктомии.

Результаты: Непосредственной летальности не было. 18 больных (17,67%) умерло в сроки от 1 до 4 лет (в среднем $3,4 \pm 0,8$ г) от пролонгации заболевания. 7 человек (6,86%) умерло в отдаленные сроки от причин, не связанных с основным заболеванием. Остальные больные (77 человек – 75,49%) живы (из них пятилетний период пережили 24 человека – 23,53%).

Выводы: Тщательное планирование оперативных вмешательств с учетом всех операционных рисков улучшают непосредственные результаты лечения больных и отдаленный прогноз относительно продолжительности и качества жизни больных с опухолевыми тромбозами НПВ при почечноклеточном раке.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА ПРИ ЭМБОЛОГЕННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ СУПРАИНГВИНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

МИРОШНИЧЕНКО П.В., ШАПОВАЛОВ Н.А., ДОЛГОПОЛОВ В.В., ПРОНИН И.В.

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», г.Луганск, ЛНР

Проблема венозного тромбоэмболизма (ВТ) является чрезвычайно актуальной. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - одно из наиболее распространенных и грозных осложнений многих заболеваний, послеоперационного и послеродового периодов, является одной из ведущих причин внезапной смертности, занимая третье по частоте место после инфаркта миокарда и инсульта. Эмболоопасным (эмбологенным) является флотирующий тромб нижней полой или подвздошной вены (ФТНПиПВ). Одним из эффективных методов профилактики ТЭЛА при ФТНПиПВ является имплантация кава-фильтров (КФ). Однако отношение к данной операции неоднозначное. К преимуществам её можно отнести малую травматичность, относительную простоту. Однако к одним из тяжелых последствий имплантации КФ является развитие синдрома нижней полой вены (НПВ). Остается неясными причины его формирования – вследствие тромбоза нижней полой вены (НПВ) на уровне фильтра, или вследствие эмболии в фильтр. Ответ на этот вопрос мог бы положить конец противоречивому отношению к технологии имплантации КФ.

Цель исследования: сравнительный анализ результатов оперативного лечения и спонтанного течения ФТНП и ПВ после имплантации ПКФ, построение рациональной тактики профилактики ТЭЛА при эмбологенных флеботромбозах супраингвинальной зоны.

Материалы и методы. Тактика хирургической профилактики претерпела некоторые изменения. Условно можно выделить 2 периода. Первый период с 2000 по 2005 гг. в Луганской областной клинической больнице имплантировано 72 постоянных кава-фильтров при флотирующей флеботромбозах илиокавальной зоны. В 69 случаях использовался фильтр "Осот" производства медицинского центра "Эндомед" (Украина), в 3 случаях фильтр "Cordis". Возраст от 19 до 72 лет (средний 49,9 ± 1,8). Женщин 41, мужчин - 31. Все больные были с "несвежими" тромбозами в сроки от 14 дней до 2,5 месяца (в среднем 26,4 ± 2,1 дня). 1-ю группу (основную) составили больные, которым после имплантации ПКФ была выполнена тромбэктомия - 31 больных, при этом удалялась подвижная, нефиксированная (флотирующая) часть тромба. 2-ю группу (группа сравнения) составили больные, которым после имплантации ПКФ тромбэктомия по тем или иным причинам не выполнялась - 41.

На втором этапе (2006-2015 гг.) выполнялась тромбэктомия из НПВ и подвздошных вен. Показания к имплантации ПКФ были резко сужены только теми случаями, при которых выполнение тромбэктомии по тем или иным причинам (тяжелое соматическое состояние, сопутствующая инкурабельная онкопатология). Было произведено 64 тромбэктомии и 7 имплантаций ПКФ. Послеоперационных имплантаций ПКФ и пликаций НПВ не производили.

Результаты и обсуждение: Кровопотеря во время операций тромбэктомии не на обоих этапах не превышала 300-400 мл. Осложнений и летальности в раннем послеоперационном периоде не было. Время операции составляло 55-80 минут. Принципы послеоперационного лечения: ранняя мобилизация больного, обязательная эластическая компрессия нижних конечностей, антибактериальная терапия (ципринол + метрагил), низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах (фраксипарин или клексан в течение 5-6 дней), дезагрегантная и антитромботическая терапия (плавикс, вазонит), местно - Лиотон-1000, венотонизирующие препараты (детралекс, эндотелон). Предоперационный койкодень составил от 0 до 9 дней (средний 2,6 дня). Сроки лечения от 8 до 20 дней (в среднем 11,8 дня). Отдаленные результаты отслежены в сроки от 1 до 15 лет.

У больных, лечившихся на первом этапе получены следующие результаты. Учитывалось: количество "асимптомных" эмболии в фильтр; количество развившегося синдрома НПВ. Количество эмболии в фильтр было: в основной группе - 2 (6,45%); в группе сравнения - 23 (56,9%). При этом синдром НПВ развился у 0 больных в основной группе, а в группе сравнения у 7 (17,7%). У одного больного в отдаленные сроки сформировалась вентральная грыжа, потребовавшая оперативного лечения. Одна больная 1 -й группы умерла через 3 месяца от прогрессирующей онкопатологии. Результаты указывают на то, что основной причиной окклюзии фильтра является эмболия в фильтр, а не первичный тромбоз. Оставление флотирующего тромба оставалось основной угрозой эмболии.

У больных, лечившихся на втором этапе в сроки наблюдений до 10 лет ТЭЛА не зафиксирована, у 3 из 7 (42,86%) больных, которым был имплантирован кава-фильтр развилась эмболия в фильтр с формированием синдромНПВ

Выводы:

1. Имплантация ПКФ является простым, малотравматичным и надежным методом профилактики ТЭЛА, однако в связи с высокой частотой развития синдрома НПВ показания к применению ПКФ должны быть строго ограничены.

2. Наличие ФТНПиПВ у больных, перенесших имплантацию ПКФ, является потенциальной угрозой эмболии в фильтр и развития синдром нижней полой вены.

3. Полученные данные косвенно свидетельствует о преимущественном эмболическом генезе развития синдрома НПВ у больных после имплантации ПКФ.

4. Тромбэктомия из НПВ является наиболее оптимальным методом хирургической профилактики ТЭЛА пр ФТНПиПВ.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СИМПТОМАТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН

НЕМИРОВА С.В.¹, СМИРНОВА Д.В.¹, ОХЛОПКОВ Ф.А.²

¹Нижегородская государственная медицинская академия; ²Клиника «Академия здоровья», г.Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить частоту встречаемости ультразвуковых симптомов у пациентов со стадиями С₁-С₃ хронических заболеваний вен.

Материалы и методы: в исследование включены 133 пациента с хроническими заболеваниями вен клинических классов С₁s – С₁s-С₃s, предъявлявшие жалобы на чувство тяжести, боли в нижних конечностях и их отеки, усиливающиеся к вечеру и после статической нагрузки, а также судороги, преимущественно в первую половину ночного времени суток. В комплекс обследования, помимо сбора жалоб, анамнеза и физикального исследования, входило ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей (ультразвуковая система ACUSON S2000™ компании «Сименс»). Критерием исключения было наличие клинически или инструментально подтвержденного тромбоза вен / флебита в анамнезе.

Результаты: проанализированы результаты дуплексного ангиосканирования вен нижних конечностей у пациентов с изолированными телеангиоэктазиями и наличием ретикулярных вен (группа 1), или в сочетании их с варикозной трансформацией подкожных вен (группа 2) или при присоединении отека к перечисленным выше патоморфологическим субстратам (группа 3). При этом различные ультразвуковые симптомы в группе 1 были выявлены у 11 пациентов, в группе 2 – у 125 обследованных и в группе 3 – у 135 больных.

Установлено, что у больных с С₁s при УЗДАС патологии магистральных вен и их притоков не было выявлено у 7 человек, в 1 случае наблюдалась недостаточность клапанов глубоких вен, у 3 больных имела место недостаточность клапанов подкожных вен. При наличии симптомов, соответствующих классу С₂, у большей части пациентов наблюдали варикозную трансформацию притоков магистральных вен нижних конечностей (n=57). Значимую группу составили больные с варикозно измененными стволами подкожных вен (n=28). Недостаточность клапанов глубоких вен была диагностирована у 11 больных, клапанов подкожных вен с вертикальным рефлюксом – у 16. В 2 случаях выявляли патологический сброс по вене Джакомини. Несостоятельность перфорантных вен с горизонтальным рефлюксом крови наблюдалась у 9 пациентов.

При С3-классе ХЗВ ультразвуковая картина несколько менялась. Так, наибольшую группу составили обследуемые с визуализированными варикозно измененными притоками вен нижних конечностей (n=41). Что касается варикозно измененных магистральных подкожных вен, то они имели место у 33 обследуемых. Признаки несостоятельности перфорантных вен с горизонтальным рефлюксом были выявлены у 26 пациентов, в том числе в 14 случаях наблюдалось их изолированное поражение. В 19 случаях отмечали недостаточность клапанов подкожных вен, причем зафиксирован только 1 случай изолированного поражения. У 10 пациентов наблюдалась недостаточность клапанов глубоких вен, при этом изолированно – у 4 больных. Также был отмечен патологический сброс по вене Джакомини в 3 случаях.

Обсуждение: дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей является золотым стандартом диагностики хронических заболеваний вен (Partsch Н.А., 1995). В нашем исследовании мы отчетливо увидели наличие значимой ультразвуковой симптоматики у пациентов 1 группы, что подтверждает необходимость выполнения данного исследования даже при минимальных изменениях, определяемых при физикальном осмотре. Для пациентов 2 группы при наличии пальпируемых варикозно трансформированных вен УЗДАС позволяло выявить гемодинамические причины варикозной трансформации подкожных вен и избежать «паллиативных» венэктомий при наличии несостоятельности перфорантных вен. Иная картина наблюдается при С3 классе. Здесь выявляется самый большой спектр ультразвуковой картины. При этом диагностировалась как изолированная варикозная трансформация сосудов и изолированная несостоятельность вен любого уровня, так и их многочисленное сочетание. Неожиданной находкой при УЗДАС были признаки перенесенного ранее тромбоза глубоких вен (2 и 3 пациента во 2 и 3 группах соответственно), что потребовало дополнительного обследования и в 1 случае стало причиной антикоагулянтной терапии в связи с высоким риском развития ВТЭО на фоне генетически обусловленной тромбофилии.

Выводы: ультразвуковое исследование вен нижних конечностей позволяет выявить морфо-функциональные предпосылки развития того или иного класса хронических заболеваний вен и в последующем выбрать оптимальный метод коррекции патологического сброса крови и ликвидации потенциально опасных в плане развития тромбоза компрометированных вен.

ТРОФИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕН У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

НЕМИРОВА С.В., ПЕТРОВА К.С., СМИРНОВА Д.В.

Нижегородская государственная медицинская академия, г.Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить спектр трофических нарушений кожи при хронических заболеваниях вен у больных, перенесших инсульт и оценить эффективность их лечения.

Материалы и методы: проанализированы истории болезни 184 пациентов с ХЗВ, перенесших ишемический инсульт. Средний возраст пациентов составил 70,04 года; мужчин было 91, женщин – 93. В период нахождения в стационаре по поводу ОНМК пациентам были назначены профилактические мероприятия, которые включали эластическое бинтование нижних конечностей (n=12) или ношение госпитального антитромботического компрессионный трикотаж (n=79), а также антикоагулянтную терапию низкомолекулярными гепаринами с дальнейшим переходом на пероральные антикоагулянты (n=115), аналогичные назначения пациенты получали при выписке.

При обращении к флебологу оценивались жалобы пациента, данные анамнеза, физикального обследования, а также результаты Эхо-КГ, ультразвукового исследования легких и плевры, а также дуплексного ангиосканирования вен нижних конечностей. При выявлении трофических поражений кожи, ассоциированный с ХЗВ проводили комплекс мер, включающих помимо компрессионной терапии и назначения системных флеботонических и антибактериальных средств, применение местных увлажняющих средств, или физиологичных повязок, подобранных в зависимости от фазы раневого процесса, топических глюкокортикостероидов и их комбинацию с другими препаратами.

Результаты: в ходе исследования установлено, что из 184 обследованных пациентов в 21% случаев (n=39) имел место клинически значимый тромбоз глубоких вен нижних конечностей в анамнезе. Из них у 12 больных наблюдался двусторонний ТГВ; в 8 случаях имел место инструментально подтвержденный рецидив тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

В случае неадекватного лечения венозного тромбоза, в ранние и отдаленные сроки зафиксированы 7 случаев тромбоэмболии легочных артерий, потребовавших экстренной госпитализации пациентов. При немассивной тромбоэмболии дистальных артерий с формированием инфарктов легких малого размера (n=4) проводилась комплексная терапия, включающая антикоагулянты с хорошим результатом и исходом инфаркта в виде фиброза легочной ткани. При массивной ТЭЛА(n=3) пациентам выполнялась

тромболитическая терапия, однако 2 больных погибли от прогрессирующей сердечной недостаточности.

Следствием неадекватного лечения венозного тромбоза явились случаи подтвержденного ПТФС у 17,3% пациентов (n=32). Трофические нарушения кожи имели место у 44% больных (n=82), которые проявлялись в виде шелушения, контактного или статического дерматита (вследствие применения различных повязок и лекарственных средств), изменения ногтей, гемосидероза, трофических язв, панникулита, нумулярной и микробной экземы.

На фоне комплексного лечения в течение 3 суток отмечалась положительная динамика трофических изменений с появлением отчетливого позитивного результата в ходе 2 недель многокомпонентной терапии. В дальнейшем часть пациентов продолжила курс комплексной консервативной терапии до стойкого положительного эффекта, другая группа больных, имеющих операбельную патологию подкожных вен нижних конечностей, подверглась хирургическому лечению с хорошим результатом на фоне продолжения комплексной терапии и ношения компрессионного трикотажа.

Обсуждение: по литературным данным проблема венозного тромбоза у больных с ОНМК является актуальной (Пирадов М.А. и др., 2006). В нашем исследовании, несмотря на профилактику ВТЭО, данное состояние развилось у 21% пациентов. При этом клиника ПТФС в отдаленные сроки имела место у подавляющего большинства обследованных. Вместе с тем обращает внимание, что трофические нарушения разной степени выраженности были выявлены еще у 50 пациентов, что потребовало комплексной длительной терапии. В данной группе трофические нарушения имели место у 45% больных против 40 % в общей популяции (Вольф К. и др., 2013.), что косвенно свидетельствует о большей склонности пациентов с ОНМК к ухудшению трофики кожи и прилежащих тканей, что связано с нарушением их иннервации (Кунцевич Г.И. и др., 2012).

Выводы: риск развития венозных тромбозов и трофических нарушений кожи на фоне хронических заболеваний вен значительно повышается у пациентов, перенесших ОНМК в анамнезе. На фоне многокомпонентной терапии, включающей системные топические средства, выбранные в зависимости от тяжести трофических нарушений, отмечается положительная динамика в виде нормализации состояния кожи нижних конечностей.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН

НЕМИРОВА С.В.¹, СМИРНОВА Д.В.¹, АФАНАСЬЕВ А.Ю.²

¹Нижегородская государственная медицинская академия, г.Нижний Новгород, Россия;

²Многопрофильная клиника «Академия здоровья», г.Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить приверженность к терапии больных с хроническими заболеваниями вен.

Материалы и методы: проанализированы медицинские карты 90 амбулаторных пациентов с различными ХЗВ без трофических нарушений, из них женщин было 75, мужчин – 15; средний возраст обследуемых составил 52,5 года. Комплекс обследования пациентов включал сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр, а также дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей, которое позволяло подтвердить диагноз и оценить динамику анатомо-функциональных изменений вен. Критерии исключения – показание к оперативному лечению ХЗВ, острый тромбоз вен нижних конечностей. Комплекс лечения и динамического наблюдения больных строился в соответствии со стандартами и рекомендациями Ассоциации флебологов России и включал соблюдение режима двигательной активности (в том числе – лечебную физкультуру), нормализацию массы тела, ограничение статических нагрузок и подъема тяжестей, ношение комфортной одежды и обуви, диету, прием системных и местных флеботонических средств, содержащих биофлавоноиды (диосмин или изоквертицин), ношение компрессионного трикотажа и контроль УЗДАС вен нижних конечностей для оценки течения заболевания.

Результаты: в ходе анализа установлено, что наибольшая степень комплаентности отмечалась при приеме системных пероральных флеботонических средств (78,9% больных принимали данные препараты в соответствии с рекомендуемой схемой. курсами), несмотря на их достаточно высокую стоимость. Почти половина исследуемых (47,8%) периодически использовали топические средства (гели), что связывали с простотой их применения и достаточно быстрым субъективным улучшением состояния, которое, однако, было кратковременным.

Что касается ношения компрессионного трикотажа, то только 26,6% больных были привержены данному методу лечения. Причем, как правило, данная группа больных не использовала топические препараты.

Рекомендации по изменению образа жизни, нормализации массы тела и ЛФК, которые являются финансово малозатратными, не были выполнены в полном объеме в 95% случаев, причем наименее внимательно пациенты относились к рекомендации

снизить избыточную массу тела (пациенты старшего возраста) и отказаться от ношения обуви на высоком каблуке (пациентки 18-40 лет).

Субъективно и клинически положительная динамика разной степени выраженности наблюдалась в 83% случаев, однако лишь 5% больных выполнили все рекомендации, данные врачом-флебологом, включая контрольное УЗДАС вен нижних конечностей. Последнее было рекомендовано всем пациентам, однако лишь чуть больше половины обследуемых (54,4%) выполнили данную рекомендацию.

Обсуждение: по литературным данным, частота встречаемости ХЗВ составляет 60-77% взрослого населения и является одним из самых распространенных сосудистых заболеваний, снижающих качество жизни пациентов и склонных к постоянному прогрессированию при неадекватной терапии даже в случае эффективной хирургической помощи (Rabe E и др., 2012; Гудымович В.Г., 2012). В нашем исследовании рекомендации флеболога адекватно выполнили их лишь 5% обследованных, несмотря на сохранение или прогрессирование симптомов и снижение качества жизни пациентов, что говорит о достаточно низкой приверженности к лечению ХЗВ без трофических нарушений и неадекватной оценке ими угрозы своему здоровью. Вместе с тем обращает на себя внимание высокий уровень комплаентности в отношении приема флеботонических препаратов при частом игнорировании необходимости изменения образа жизни и ношения компрессионного трикотажа. Также было отмечено, что уровень комплаентности больных не зависел от тяжести исходного состояния и степени выраженности клинических симптомов.

Выводы: назначенная схема немедикаментозного лечения и терапии игнорируется пациентами полностью, либо частично в 95% случаев. Для повышения уровня приверженности к терапии данных больных необходимо учитывать все сопутствующие факторы и в большей степени мотивировать пациентов к выполнению рекомендаций, касающихся немедикаментозных методов лечения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИКАЛЬНАЯ НЕФРЭКТОМИЯ С ТРОМБЭКТОМИЕЙ ИЗ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

ПЕРЛИН Д.В.^{1,2}, АЛЕКСАНДРОВ И.В.^{1,2}, САПОЖНИКОВ А.Д.^{1,2}, ЗИПУННИКОВ В.П.¹

¹ГБУЗ ВОУНЦ, г. Волжский, Россия; ²ГБОУ ВПО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Лапароскопическая радикальная нефрэктомия (ЛРН) в настоящее время является стандартным методом лечения локализованного рака почки. Существует множество публикаций о выполнении ЛРН при опухолевом тромбе в почечной вене. Сообщения о выполнении тромбэктомии из нижней полой вены (НПВ) до сих пор встречаются редко.

Материалы и методы: В ГБУЗ ВОУНЦ было прооперировано три пациента со злокачественным новообразованием правой почки с опухолевым тромбом в подпеченочном отделе НПВ лапароскопически трансабдоминальным доступом. Оперативное вмешательство выполнялись под эндотрахеальным наркозом в положении пациента на левом боку. После мобилизации восходящего отдела ободочной кишки и двенадцатиперстной кишки, выделяли и лигировали правую почечную артерию. Далее выделяли НПВ и часть левой почечной вены. Затем при помощи пищеводного ретрактора под левую почечную вену и нижнюю полую вену ниже и выше уровня тромба проводили турникеты. После пережатия просвета НПВ и левой почечной вены вскрывали стенку НПВ, тромб извлекался, выполнялось иссечение устья правой почечной вены. Дефект ушивали при помощи непрерывного шва нитью из полипропилена. Препарат помещали в пластиковый контейнер и извлекали через разрез в надлобковой области.

Результаты: Все пациенты были прооперированы лапароскопическим трансперитонеальным доступом. Средняя продолжительность операции составила 265 минут, средний объем кровопотери составил 315 мл. Средний период наблюдения составил 31 месяц, признаков локального рецидива или отдаленных метастазов не выявлено.

Заключение: Выполнение лапароскопической радикальной нефрэктомии с тромбэктомией из НПВ возможно у тщательно подобранных пациентов. Необходимы большее количество пациентов и длительный период наблюдения для оценки онкологической безопасности нового подхода.

ПРИМЕНЕНИЕ ДАБИГАТРАНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ

ПЕТРИКОВ А.С.^{1,2}, ШОЙХЕТ Я.Н.¹, КАРБЫШЕВ И.А.², ДУДИН Д.В.¹

¹ ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России,
г.Барнаул, Россия;

² КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края», г.Барнаул, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность применения дабигатрана этексилата в реальной клинической практике для лечения и вторичной профилактики у больных с тромбозом глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) с установленной тромбофилией.

Материал и методы: в наблюдательное проспективное исследование с февраля 2014 года по март 2016 были включены 57 больных (33 (57,9%) мужчины и 24 (42,1%) женщины) в возрасте от 18 до 79 лет с ТГВ и ТЭЛА и установленной тромбофилией. Для лечения и вторичной профилактики пациентам назначался дабигатран по стандартной схеме по 150 мг 2 раза в сутки после 5 дневного парентерального курса гепаринов. Средняя длительность терапии дабигатраном составила 215,4±40,5 дней. Применение дабигатрана в течение 3 месяцев наблюдалось у 51 больного (77,2%), пролонгированное применение в течение 6 месяцев - у 37 больных (64,9%), а в течение 1 года и более - у 22 больных (38,6%).

Критерии исключения из исследования: онкологические заболевания, оперативные вмешательства, острые инфекции, скелетные травмы и переломы, длительная иммобилизация, авиаперелеты, возраст моложе 18 лет и старше 79 лет, противопоказания к применению дабигатрана.

Комплексное лабораторное обследование и генетическое тестирование больных с ВТЭО осуществлялось в КГБУЗ «Диагностического центра Алтайского края» г. Барнаула. Проводилась оценка переносимости дабигатрана больными с ТГВ и ТЭЛА, анализировалась эффективность препарата в отношении развития рецидивов ВТЭО, оценивался профиль безопасности в отношении развития кровотечений на фоне пролонгированного применения, реканализация глубоких вен нижних конечностей. Статистическая обработка проводилась с использованием программного пакета Statistica 6.0 и математических программ SPSS19.

Результаты и обсуждение: ТГВ диагностирован у 49 больных (86,0%), а ТГВ, осложненный ТЭЛА - у 8 больных (14,0%). У больных с ВТЭО наиболее часто наблюдалась гипергомоцистеинемия, гиперфибриногенемия, антифосфолипидный синдром и

полиглобулия, а среди наследственных факторов тромбогенного риска чаще наблюдались аллельные варианты гена PAI-I “675 5G→4G” и генов фолатной группы (MTHFR “677 C→T”, MTR “2756 A→G”, MTRR “66 A→G”). Комбинированные формы тромбофилий (сочетание двух и более факторов) наблюдались у 89,5% больных.

Применение дабигатрана у больных с ТГВНК и ТЭЛА на всем протяжении не вызывало развития нежелательных и побочных реакций. Переносимость препарата, как по оценке самих больных, так и врачей была отличной и хорошей. Летальных исходов на фоне приема дабигатрана установлено не было. Применение дабигатрана в течение 6 месяцев у 37 больных с ВТЭО сопровождалось развитием 1 случая рецидива тромбоза в поверхностных венах (2,7%). Развития рецидивирующего тромбоза в глубоких венах или ТЭЛА у этих больных не наблюдалось. Применение дабигатрана в течение 3 месяцев у 44 больных сопровождалось развитием клинически значимого кровотечения на фоне комбинированного геморроя у 1 пациента (2,3%). Дальнейшее применение дабигатрана в течение 6-12 месяцев у остальных больных не приводило к развитию больших и клинически значимых кровотечений.

По данным УЗАС полная и частичная реканализация подвздошных вен через 6 месяцев установлено наблюдалась у 11 больных (84,6%), бедренных вен - у 25 больных (96,2%), подколенной и берцовых вен – у всех 31 и 32 больных, соответственно.

Выводы: пролонгированное применение дабигатрана этексилата в течение 6 месяцев и более у больных с ТГВ и ТЭЛА с установленной тромбофилией предупреждает прогрессирование тромботической опасности, является эффективным в отношении развития рецидивов ВТЭО и летальных исходов, сопровождается реканализацией венозного русла нижних конечностей. Препарат имеет высокий профиль безопасности в отношении развития геморрагических осложнений и не требует рутинного лабораторного мониторинга.

СОДЕРЖАНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

ПЕТРИКОВ А.С.^{1,2}, ШОЙХЕТ Я.Н.¹, БЕЛЫХ В.И.¹, КАРБЫШЕВ И.А.².

¹ ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России,
г.Барнаул, Россия;

² КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края», г.Барнаул, Россия

Цель: изучить количественное содержание С-реактивного белка (СРБ) и определить ассоциативное влияние его концентрации на отношение шансов развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО).

Материалы и методы: в проспективном исследовании по стандартным методикам изучено количественное содержание СРБ в сыворотке крови у 199 больных (105 мужчин и 93 женщины) с документально подтвержденными венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) в возрасте от 17 до 70 лет в остром периоде на 2-5 сутки, составивших основную группу (средний возраст $42,1 \pm 1,8$ лет), а также у 40 здоровых лиц (19 мужчин и 21 женщина) в возрасте от 20 до 68 лет, составивших контрольную группу (средний возраст $43,7 \pm 3,9$ лет). В основную группу было включено 28 больных с тромбозом поверхностных вен нижних конечностей (ТПВ), 101 больной с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВ), 22 больных, у которых тромбоз глубоких вен сочетался с тромбозом в поверхностных венах (ТПВ+ТГВ), а также 48 больных с тромбозом глубоких вен и тромбоэмболией легочной артерии (ТГВ+ТЭЛА). Однократный эпизод ВТЭО наблюдался у 114 больных, рецидивирующее течение – у 85 больных. Среднее содержание СРБ в сыворотке крови у больных контрольной группы было установлено на уровне $0,9 \pm 0,23$ мг/л.

Количественная оценка уровня С-реактивного белка (СРБ) в анализируемых группах выполнялась на автоматическом иммунохимическом анализаторе Immulite 2000 (Siemens) с использованием высокочувствительного твердофазного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа «Immulite 2000 hsCRP» (Siemens). Статистическая обработка проводилась с использованием программного пакета Statistica 6.0 и математических программ SPSS 19. Статистически значимыми принимались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: в основной группе повышенная концентрация СРБ (более 3,0 мг/л) в сыворотке наблюдалась у 148 (74,4%) больных, тогда как в контрольной группе у 2 (5,0%) больных ($p < 0,001$). В целом по группе среднее содержание СРБ в сыворотке составило $6,4 \pm 2,0$ мг/л, что было статистически значимо выше на 5,5 мг/л

($p < 0.001$), чем в контрольной группе. У больных с ТПВ содержание СРБ было выше на 2,0 мг/л ($p < 0.001$), у больных с ТГВ с ТПВ - на 3,2 мг/л ($p < 0.001$), у больных с ТГВ - на 6,9 мг/л ($p < 0.001$), а у больных с ТГВ и ТЭЛА - на 5,5 мг/л ($p < 0.001$). При однократном эпизоде ВТЭО среднее содержание составило $6,2 \pm 1,9$ мг/л ($p < 0.001$), а при рецидивирующем течении заболевания – $6,6 \pm 2,2$ мг/л ($p < 0.001$).

Установлено, что при содержании СРБ в сыворотке в диапазоне до 1,0 мг/л [OR=0,309; 95% CI: 0.187-0.509; $p > 0.05$] и в диапазоне от 1,1 до 3,0 мг/л [OR=0,928; 95% CI: 0.793-1.085; $p > 0.05$] не сопровождалось увеличением отношения шансов развития ВТЭО, тогда как при содержании СРБ более 3,0 мг/л отмечено увеличение отношения шансов развития венозного тромбоза в 1,7 раза [OR=1,72; 95% CI: 1.437-2.062; $p < 0.05$].

Выводы: установлено, что среднее содержание СРБ в сыворотке крови и частота его повышенной концентрации у больных с ВТЭО статистически значимо выше по сравнению со здоровыми лицами. Определение СРБ в сыворотке может помочь в диагностике ВТЭО, а его повышенная концентрация в сыворотке (более 3,0 мг/л) являться фактором риска развития венозных тромбоэмболических осложнений.

ПРОЛОНГИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СУЛОДЕКСИДА ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ПЕТРИКОВ А.С.^{1,2}, ШОЙХЕТ Я.Н.¹, БЕЛЫХ В.И.¹

¹ ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России,
г.Барнаул, Россия;

² КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края», г.Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить эффективность/безопасность сулодексид (СД) – Вессел Дуэ Ф, процесс реканализации вен у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) при его пролонгированном применении в течение года.

Материал и методы: в открытое проспективное исследование были включены 156 больных с ТГВНК (65 женщин и 91 мужчина) в возрасте от 25 до 75 лет (средний возраст $51,0 \pm 3,5$ лет), которым назначался сулодексид.

Критерии включения: документально подтвержденный при дуплексном сканировании вен нижних конечностей (ДС) в В-режиме ТГВНК по стандартным методикам (сканеры VIVID 3 и Toshiba). Критерии исключения: онкологические заболевания, скелетные травмы и переломы, длительная иммобилизация, оперативные вмешательства, острые инфекции, возраст старше 75 лет.

Показания для назначения СД у больных с ТГВНК: сложности подбора и отсутствие возможности частого лабораторного контроля МНО, резистентность к варфарину, нарушения в системе протеина С и S, снижение антитромбина III, развитие тромбоцитопении (в том числе гепарининдуцированной), а также выраженное угнетение фибринолиза, отсутствие динамики реканализации по данным ДС.

УЗ-исследование проводилось при госпитализации и накануне выписки из стационара на 10-14 сутки. Амбулаторное наблюдение больных сопровождалось проведением ДС 1 раз в 2 месяца в течение года. На фоне приема СД проводилась оценка переносимости препарата, эффективность и безопасность, реканализация вен нижних конечностей в течение года по сегментам (подвздошный, бедренный, подколенный, берцовый). Результаты обрабатывались современными методами медико-биологической статистики с применением программ.

Результаты и обсуждение: у всех больных с ТГВНК применение СД в течение года не вызывало развития нежелательных побочных эффектов и аллергических реакций, а также развития клинически значимых и больших кровотечений. Переносимость препарата врачом и пациентом отмечена как отличная и хорошая. У 8 больных развился рецидив венозного тромбоза (5,1%). Летальных исходов не отмечено.

Реканализация по ДС оценивалась отдельно для каждого сегмента (подвздошный сегмент – у 25 больных; бедренный - у 45 больных; подколенный - у 44 больных; берцовый – у 27 больных). Установлено, что через год пролонгированного применения СД окклюзия подвздошных вен наблюдались у 6,3% больных, частичная реканализация (ЧР) – у 31,2% больных, а полная реканализация (ПР) – у 62,5% больных. Окклюзия бедренных вен не наблюдалась, частичная реканализация (ЧР) установлена у - 18,5% больных, полная реканализация (ПР) – у 81,5% больных. Окклюзия подколенной вены не наблюдалась уже через 6 месяцев, частичная реканализация (ЧР) установлена у - 7,1% больных, полная реканализация (ПР) – у 92,9% больных. Окклюзия бедренных вен не наблюдалась, частичная реканализация (ЧР) установлена у - 18,5% больных, полная реканализация (ПР) – у 81,5% больных. Окклюзия берцовых вен не наблюдалась уже через 4 месяцев, частичная реканализация (ЧР) установлена у - 5,9% больных, полная реканализация (ПР) – у 94,1% больных.

Выводы: пролонгированное применение сулодексида в течение года у больных с ТГВНК является безопасным в отношении развития больших и клинически значимых кровотечений, не вызывает развития нежелательных и побочных эффектов, способствует полной реканализации подвздошных вен у 62,5% больных, бедренных вен – у 81,5% больных, подколенной вены – у 92,9% больных, а берцовых вен – у 94,1% больных, что позволяет в дальнейшем предотвратить формирование тяжелых форм хронической венозной недостаточности и развитие трофических язв.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ ГОМОЦИСТЕИНА И ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

ПЕТРИКОВ А.С.^{1,2}, ШОЙХЕТ Я.Н.¹, БЕЛЫХ В.И.¹

¹ ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, г.Барнаул, Россия

Цель: изучить взаимосвязь, особенности распределения аллельного полиморфизма генов фолатного цикла и содержания гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО).

Материалы и методы: В исследование были включены 122 пациента (69 мужчин и 53 женщины) с подтвержденными ВТЭО в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст $43,3 \pm 2,0$ года). С тромбозом вен нижних конечностей (ТВНК) было обследовано 90 пациентов, а с тромбозом глубоких вен (ТГВ), осложненным тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) - 32 пациента. Контрольную группу составили 156 здоровых лиц и доноров (120 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 20 до 67 лет. Среднее содержание гомоцистеина в контрольной группе составило $9,9 \pm 0,47$ мкмоль/л. У всех больных с ВТЭО был исследован аллельный полиморфизм трех генов фолатной группы (MTHFR 677 C→T, MTR 2756 A→G, MTRR 66 A→G), участвующих в метаболизме ГЦ, а также содержание ГЦ в сыворотке крови. Исследование содержания ГЦ и полиморфизмов ДНК проводилось в остром периоде.

Результаты и обсуждение: все больные с ВТЭО были разделены на 4 группы в зависимости от особенностей распределения полиморфизма генов фолатной группы. Статистически значимых различий по возрасту в анализируемых подгруппах установлено не было ($p > 0,05$). Оказалось, что у 30 пациентов (24,6%) первой группы, несмотря на отсутствие патологических аллелей генов фолатной группы, содержание ГЦ было повышенным и составляло $12,7 \pm 1,1$ мкмоль/л ($p < 0,001$).

У больных во второй группе с ВТЭО (41,8% случаев) носительство мутаций хотя бы одного гена фолатного цикла приводило к развитию «умеренной» ГЦ. Доля больных в этой группе имеющих патологические аллели гена MTHFR - в 18,9% случаев, что увеличивало у них среднее содержание ГЦ на 27,6% по сравнению с группой контроля ($12,7 \pm 0,8$ против $9,95 \pm 0,47$ мкмоль/л; $p < 0,001$). Носительство мутаций гена MTR обнаружено у 9,0% больных, что способствовало увеличению содержанию ГЦ на 26,6% ($12,6 \pm 0,8$ мкмоль/л; $p < 0,001$), тогда как доля носителей патологических гомозигот и гетерозигот гена MTRR - у 13,9% больных, что приводило у носителей этой комбинации к повышению содержания ГЦ на 31,7% ($13,1 \pm 0,8$ мкмоль/л; $p < 0,001$). Среднее содержание

ГЦ в этой группе больных при носительстве мутации одного гена фолатной группы составило $12,8 \pm 0,5$ мкмоль/л ($p < 0,001$ по отношению к контролю).

Одновременное носительство мутаций двух генов фолатной группы у больных с ВТЭО (третья группа) приводило к развитию у них более высоких значений ГЦ в сыворотке крови. Доля носителей в этой группе двух патологических аллелей генов фолатного цикла наблюдалась в 25,4% случаев. Наличие комбинаций патологических аллелей генов MTHFR и MTR сопровождалось увеличением среднего содержания ГЦ на 67,8% ($p < 0,001$). Комбинация патологических гомо- и гетерозигот генов MTHFR и MTRR приводила к повышению содержания ГЦ на 48,7% ($p < 0,001$). Комбинация полиморфизма генов MTR и MTRR приводила к увеличению содержания ГЦ на 72,9% ($p < 0,001$).

При комбинации аллельного полиморфизма трех генов фолатной группы (четвертая группа) у больных с ВТЭО содержание ГЦ в сыворотке крови повышалось на 83,9% ($p < 0,001$).

Выводы: у больных с ВТЭО в 75,4% случаев причиной ГЦ является аллельный полиморфизм генов фолатного цикла (MTHFR 677 C→T, MTR 2756 A→G, MTRR 66 A→G). Носительство патологических аллелей одного, двух или трех генов фолатного цикла приводит к последовательному увеличению содержания ГЦ в сыворотке крови.

ПРОДЛЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВТЭО: ЗНАЧИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ

ПОКРОВСКИЙ А.В.¹, САПЕЛКИН С.В.^{1,2}, БАСКАЕВА А.О.².

¹ФГБУ “Институт хирургии им. А.В.Вишневского” МЗ РФ, г.Москва, Россия;

²Поликлиника № 5 Управления Делами Президента РФ, г.Москва, Россия

Введение: Стандарты проведения антикоагулянтной терапии предусматривают наличие определенных указаний по ее длительности в зависимости от ряда ситуаций. Основные положения Российских рекомендаций (2015) в этом направлении в настоящее время базируются на уровне верхней границы тромботического процесса (дистальный - проксимальный), констатации повторного тромботического процесса, а также ряда клинических обстоятельств (тромбофилия, онкозаболевание, кава-фильтр). Работы последних лет в этом направлении позволили сформулировать позицию, что у ряда пациентов проведение продленной по времени профилактики, выходящий за рамки приведенных в рекомендациях сроков, может дать определенные клинические преимущества. Несмотря на то, что для подтверждений данной гипотезы требуется проведение целенаправленных проспективных рандомизированных исследований, обычная клиническая практика может дать определенные подтверждения в ее правоте.

Материалы и методы: Проведена ретроспективная оценка амбулаторного ведения 30 пациентов с ретромбозами глубоких вен нижних конечностей, зафиксированными на протяжении периода наблюдения, составившего $5,3 \pm 2,4$ г. после первичного эпизода тромбоза. Средний возраст - $48,7 \pm 6,7$ лет. Среди причинных факторов тромбоза отмечено наличие травмы (n=18), тромбофилии (дефицит протеина С, мутация гена протромбина G20210A) - 6, идиопатический тромбоз – 6. Ведение пациентов проводилось по стандартной схеме инициального назначения низкомолекулярных гепаринов на период 2-3 нед с последующей продленной профилактикой антагонистами витамина К (АВК) с целевым значением 2,0-3,0. Динамическая оценка состояния венозной системы выполнялась с применением дуплексного сканирования (ДС).

Результаты: Сроки возникновения ретромбоза после первичного эпизода - $2,3 \pm 1,1$ г. Во всех случаях ретромбоз утяжелял течение уже имевшейся картины хронической венозной недостаточности (шкала VCSS, $p < 0,05$). Наличие посттромботических изменений венозной стенки по данным ДС коррелировало с эпизодом ретромбоза. Процент показателей МНО (анализ проведен за все годы наблюдения), вышедших за пределы целевых значений, составил 65 %, дозировка варфарина при этом варьировала от

2,5 до 15 мг. Полученные данные привели к необходимости отмены АВК и переводу этой категории пациентов на прием прямых ингибиторов тромбина (дабигатрана этексилат).

Предварительные выводы: В настоящее время существует абсолютная необходимость уточнения показаний для продленной тромбопрофилактики ВТЭО и определения той категории пациентов, кому это может дать дополнительные преимущества. Применение новых пероральных антикоагулянтов для решения данной проблемы является абсолютно оправданным. Приведенная схема не только упрощает проводимое лечение, но и с учетом алгоритма ее практической реализации может обеспечить фармакоэкономическое преимущество над старыми режимами с применением АВК.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ: ВЗГЛЯД СОСУДИСТОГО ХИРУРГА

ПРОСТОВ И.И., КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И., СИКИЛИНДА В.Д., АЛАБУТ А.В., ГУЗЬ В.С., ТРАНДОФИЛОВ А.М., ЮДИН В.А.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Цель: оценить эффективность алгоритма профилактики тромбоэмболических осложнений при протезировании крупных суставов.

Материал и методы: под наблюдением находилось 204 пациента, оперированных в ортопедическом отделении РостГМУ. В комплекс предоперационного обследования включалось: оценка факторов риска тромбоза, УЗДИ вен нижних конечностей, осмотр сосудистого хирурга, оценка коагулограммы и полиморфизма генов тромбофилии. При наличии значимой венозной патологии проводилась первым этапом хирургическая коррекция (флебэктомия, перевязка перфорантов, склерооблитерация). У всех больных в послеоперационном периоде применялась эластичная компрессия. Использовали низкомолекулярные гепарины через 12 часов после операции и вплоть до выписки из стационара. Дозу подбирали с учетом веса пациентов. На амбулаторный период лечения всем больным рекомендовали прием оральных антикоагулянтов (Прадакса, Ксарелто) в стандартных дозировках на 35-40 дней.

Результаты: через 7-10 дней и 2,5-3 месяца после оперативного вмешательства всем больным выполняли повторное дуплексное исследование вен нижних конечностей. У 8(3,9%) пациентов после протезирования были выявлены флотирующие тромбы в берцовоподколенном сегменте, у 3 (1,4%) произошел тромбоз бедренной вены. Всем пациентам потребовалась экстренная операция. Была выполнена тромбэктомия, пликация поверхностной бедренной вены. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии развилась у двух больных (0,9%) в первые трое суток после операции, своевременная интенсивная терапия позволила избежать фатальных осложнений. У 6 (2,8%) больных клинически значимый тромбоз глубоких вен развился через 1-2 месяца после операции и потребовал госпитализации. Неэмболоопасный бессимптомный тромбоз глубоких вен голени диагностирован у 6 (5,7%) больных как случайная находка при контрольном ультразвуковом исследовании вен через 2,5 месяца после операция. Летальных исходов не было.

Выводы: применение протокола профилактики венозных тромбоэмболических осложнений при протезировании крупных суставов уменьшает риски развития тромбозов. Выполнение контрольного ультразвукового исследования вен нижних

конечностей всем больным через 5-7 дней и через 2-3 месяца после операции протезирования помогают избежать фатальных тромбоэмболий легочной артерии.

ПРОГНОЗ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПО ДАННЫМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА

ПРОСТОВ И.И.¹, ИВАЩЕНКО А.В.², КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И.¹, АЛАБУТ А.В.¹,
КАТЕЛЬНИЦКАЯ О.В.³, САПРОНОВА Н.Г.¹

¹ ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия; ²ИП «Иващенко А.В.», г.Ростов-на-Дону, Россия; ³Ростовский Научно-исследовательский Онкологический Институт, г.Ростов-на-Дону, Россия

Цель: провести анализ тромботических осложнений у пациентов высокого риска (онкопатология, крупные ортопедические операции).

Материалы и методы: с целью выявления наследственных коагулопатий и профилактики тромбоза до госпитализации 79 больным (кандидатам на протезирование крупных суставов), и 49 больным, страдающим различной онкопатологией и которым планировалось оперативное лечение, проводился скрининг на наличие тромбофилии (генетическая форма). Изучали мутации 8 основных факторов коагуляции. Выявлены различные комбинации мутаций факторов коагуляции. После проведения операции все больные получали низкомолекулярные антикоагулянты. Период наблюдения составил 6 месяцев. Всего тромбоз вен нижних конечностей диагностирован у 26 больных (20%).

Результаты и обсуждение: в ближайшем послеоперационном периоде (3-7 сутки) тромбоз развился у 12 (9%) больных. При анализе данных генетического тестирования у этой группы больных выявлены следующие мутации: F2 A/A, F5 A/A, ITGA2, FGB. Через 1 месяц после операции тромбоз развился у 7 (5,4%) больных. При анализе данных генетического тестирования у этих больных преобладали мутации: F2 A/A, A/G; F5 A/A, A/G; ITGB2, FGB. В отдаленном периоде (более 3 месяцев) тромбоз вен нижних конечностей произошел у 7 (5,4%) больных. У этих пациентов выявлены мутации: F2 A/G; F5 A/G; ITGA2, PAI-1.

Вывод: определение генетических мутаций факторов свертывания у пациентов высокого риска тромбоэмболических осложнений позволяет:

- оценить риск развития ранних и отсроченных тромботических осложнений,;
- своевременно и в полном объеме провести индивидуальные профилактические мероприятия тромботических осложнений;
- в послеоперационном периоде подобрать, согласно генетическим особенностям, антикоагулянтную или дезагрегантную терапию, что позволит избежать ошибок при назначении терапии.

ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ФАКТОР РОСТА AA У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

РАЗУМОВСКИЙ И.В., ХАИШЕВА Л.А., ШЛЫК С.В.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Высокая распространенность таких коморбидных состояний, как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), диктует необходимость изучения влияния ХОБЛ на патогенез, течение и клинику ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель работы: Изучить изменения тромбоцитарного фактора роста у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сочетанием ССЗ и хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы: В настоящем исследовании приняло участие 100 человек. Были сформированы две группы: первая – 42 пациента, страдающих ССЗ, вторая – 58 пациентов, страдающих ССЗ и ХОБЛ. Средний возраст пациентов с ССЗ составил $63,09 \pm 5,4$ лет, что сопоставимо с средним возрастом пациентов с ССЗ и ХОБЛ – $67,31 \pm 6,7$ года.

В настоящем исследовании пациентам определялись количественные показатели человеческого тромбоцитарного фактора роста AA (PDGF-AA). Тест количественного определения человеческого тромбоцитарного фактора роста AA основан на методе количественного твердофазного иммуноферментного анализа типа «сэндвич».

Для статистической обработки результатов исследования использовали пакет прикладных программ STATISTICA 10.0 и стандартный пакет программ Microsoft Excel 2013.

Результаты: Уровень тромбоцитарного фактора роста AA у пациентов, страдающих ССЗ, в среднем составил $312,85 \pm 19,7$ нг/мл, варьируя в диапазоне от 126,50 нг/мл до 387,15 нг/мл и был статистически значимо меньше, чем у пациентов, страдающих ССЗ и ХОБЛ, у которых средний показатель составил $406,18 \pm 13,09$ нг/мл, находясь в диапазоне от 468,14 нг/мл до 189,29 нг/мл.

Выводы: Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями и хронической обструктивной болезнью легких имеют более высокие показатели уровня тромбоцитарного фактора роста AA, чем пациенты, страдающие ССЗ, что доказывает более значимое повреждение эндотелия кровеносных сосудов.

ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ α У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

РАЗУМОВСКИЙ И.В., ХАИШЕВА Л.А., ШЛЫК С.В., ГЛОВА С.Е.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: Изучить изменения фактора некроза опухоли α у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сочетанием ССЗ и хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы: В настоящем исследовании приняло участие 100 человек. Были сформированы две группы: первая – 42 пациента, страдающих ССЗ, вторая – 58 пациентов, страдающих ССЗ и ХОБЛ. Средний возраст пациентов с ССЗ составил $63,09 \pm 5,4$ лет, что сопоставимо с средним возрастом пациентов с ССЗ и ХОБЛ – $67,31 \pm 6,7$ года.

В настоящем исследовании пациентам определялись количественные показатели фактора некроза опухоли α . Антитела, специфичные к TNF- α , сорбированы в ячейках планшета. TNF- α неизвестных образцов, стандартов и контрольных образцов связывались с антителами в ячейках планшета. Добавляемый конъюгат биотин-моноклональные анти-TNF- α -антитела связывал TNF- α , захваченный первыми антителами. После инкубации и промывки из ячеек удалялся несвязавшийся биотиновый конъюгат, и в ячейки добавлялся конъюгат стрептавидин-пероксидаза, связывающий биотин, конъюгированный с TNF- α . После второй инкубации и промывки из ячеек удалялся стрептавидиновый конъюгат, и в ячейки добавлялся субстратный раствор, который взаимодействовал с ферментным комплексом окрашенного раствора. Интенсивность окраски, измеренная на длине волны 450 нм, прямо пропорциональна концентрации TNF- α , присутствующего в образцах. Концентрация TNF- α в образцах определялась по стандартной кривой, построенной по 7 приготовленным разведениям стандарта.

Для статистической обработки результатов исследования использовали пакет прикладных программ STATISTICA 10.0 и стандартный пакет программ Microsoft Excel 2013.

Результаты: Среди пациентов с ССЗ среднее значение составило $13,41 \pm 4,88$ пг/мл ($5,62$ пг/мл – $17,17$ пг/мл), среди пациентов с ХОБЛ и ССЗ - $18,69 \pm 4,18$ пг/мл ($6,47$ пг/мл – $27,36$ пг/мл), что статистически значимо было выше, чем у пациентов с ССЗ.

Выводы: Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями и хронической обструктивной болезнью легких имеют более высокие показатели уровня фактора некроза

опухоли α , чем пациенты, страдающие ССЗ, что подтверждает способность высокой концентрации TNF- α повреждать клетки эндотелия и увеличивать микроваскулярную проницаемость, вызывать активирование системы гемостаза и комплемента, за которым следует аккумуляция нейтрофилов и внутрисосудистое микротромбообразование.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

САПРОНОВА Н.Г., КОСОВЦЕВ Е.В., КАНЦУРОВА М.Р., ПРОСТОВ И.И.,
КАНЦУРОВ Р.Н., МАНЧЕНКО Э.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России»,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель: улучшение результатов лечения больных с внутрипеченочной ПГ путем выполнения декомпрессии портальной системы установкой внутрипеченочного шунта.

Материалы и методы: в клинике хирургических болезней Ростовского государственного медицинского университета с 1997 года по настоящее время пролечен 341 пациент с ПГ. Группу нашего наблюдения составили 128 пациентов с внутрипеченочной ПГ в возрасте от 14 до 83 лет (среднее $49,04 \pm 12,50$): 77 мужчин (60,2%) и 51 женщина (39,8%), которым с целью коррекции ПГ было выполнено ТВПШ на ангиографическом комплексе с С-дугой Siemens Arcadis Avantic (Германия). При необходимости, а она определялась наличием эпизодов варикозного кровотечения в анамнезе пациента, проводили эмболизацию спиральями Gianturco левой желудочной вены через сформированный внутрипеченочный канал. Данная процедура была выполнена в 58 наблюдениях из 128.

Результаты: в данной группе пациентов, несмотря на имеющую у 56,2% степень печеночно-клеточной недостаточности «С» класса, только в одном наблюдении произошло летальное осложнение. На этапе пункции воротной вены произошел разрыв внепеченочной порции воротной вены (ВВ) из-за анатомической особенности ветвления вены не внутрипеченочно, а на уровне печеночно-двенадцатиперстной связки. Несмотря на предпринятые меры по остановке внутрибрюшинного кровотечения (ушивание поврежденного участка вены) пациент скончался через несколько часов после операции (0,78%). Оценивая другие осложнения, случившиеся во время операции ТВПШ, хочется отметить, что они не носили летального характера: у 3 пациентов сформировались внутрипеченочные гематомы (2,34%), не требующие оперативного вмешательства, выявленные при сонографии в раннем послеоперационном периоде. У одного пациента во время выполнения пункции яремной вены возникло повреждение париетальной плевры с формированием пневмоторакса (0,78%), который был диагностирован после выполнения манипуляции и ликвидирован установкой плеврального дренажа. Повреждение желчного протока 2 порядка было выявлено у одного больного при контрольном введении контрастного вещества во время пункции печеночной вены в направлении воротной вены через паренхиму печени, не требовало никакой коррекции (0,78%). Тромбоэмболия

мелких ветвей легочной артерии в одном случае (0,78%) была обусловлена тромбоцитопатией, потребовала корректирующей терапии и закончилась выздоровлением пациентки. Скопление жидкости в плевральной полости не носило прямой связи с выполненным оперативным вмешательством, а объяснялось основным заболеванием (циррозом печени) у 5 больных, но требовало выполнения плевральной пункции в послеоперационном периоде (3,91%). Дисфункция портосистемного шунта в виде тромбозов проявлялась в виде кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка у 5 пациентов и подтверждалась данными сонографического исследования (3,91%). Эти же пациенты страдали постгеморрагической анемией в послеоперационном периоде, требующей медикаментозной коррекции (3,91%). Ожидаемое усугубление энцефалопатии было выявлено у 14 больных (10,93%) и диктовало проведение комплекса мероприятий: диеты, препаратов лактулозы, мало абсорбируемых в кишечнике антибиотиков. Только у 2 пациентов энцефалопатия соответствовала III-IV стадиям и сопровождалась нарушением сознания, требовала более интенсивной инфузионной терапии. Ни одному из больных после выполнения ТВПШ и явлениями энцефалопатии не потребовалась редукция шунта. Такие проявления, как асцит, спленомегалия, в послеоперационном периоде имели регресс у 8,16% и 32,2% прооперированных больных соответственно. Летальность после операции ТВПШ составила 2,34% (3 наблюдения).

Обсуждение: операция ТВПШ является малоинвазивной и высокотехнологичной. В многочисленных литературных источниках, анализирующих опыт более чем двух десятилетий использования данного вмешательства у десятков тысяч пациентов, она именуется “bridge-to-transplantation” – «мост к трансплантации». Показанием к выполнению ТВПШ в первую очередь – это риск пищеводно-желудочного кровотечения, затем это асцит, рефрактерный к медикаментозным мероприятиям. Операция ТВПШ риск повторного кровотечения, обеспечивает в 100% декомпрессию портальной системы.

Выводы: таким образом, десятилетия разочарований, вызванных безуспешностью или малой эффективностью применявшихся ранее хирургических методов портальной декомпрессии, травматичность которых иной раз превосходила компенсаторные возможности организма, изнуренного циррозом печени, сменились надеждой при появлении малоинвазивного шунтирующего вмешательства, данная операция является оптимальной для тяжелой категории больных циррозом печени с признаками печеночно-клеточной недостаточности класса «С», показана пациентам на высоте варикозного кровотечения, может сочетаться с эмболизацией левой желудочной вены, не усложняя процедуру шунтирования.

РЕЗЕКЦИЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ ПРИ ФЛОТИРУЮЩЕМ ТРОМБОЗЕ

САФОНОВ В.А., ГРОМАЦКИЙ Д.Ф., ШЕРОВ Р.З.

Кардиоцентр Дорожной клинической больницы, г.Новосибирск, Россия

Стандартным методом хирургической профилактики массивной ТЭЛА при флотирующих вариантах флеботромбоза поверхностной бедренной вены является перевязка поверхностной бедренной вены в области ее устья. Эта операция представлена в руководствах по сосудистой хирургии, технически не сложна и считается «операцией выбора» при флотирующих тромбах в ПБВ. Однако, возникает вопрос: может ли тромбоз распространяться выше места наложения лигатуры? Выяснение этого обстоятельства и явилось целью данного исследования.

Материал и методы: В отделении сосудистой хирургии дорожной клинической больницы за период с 2003 по 2015гг включительно, по поводу эмбологенного флеботромбоза поверхностной бедренной вены было выполнено хирургическое вмешательство у 18 пациентов, возрастом от 24 до 78 лет. В 3-х случаях данное осложнение возникло после травмы конечности, у 4-х пациентов на фоне онкологической патологии, еще у 2-х пациенток на фоне приема гормональных контрацептивов, в остальных 9 случаях явной причины возникновения флеботромбоза не было установлено. Во всех случаях окончательный диагноз был поставлен на основании дуплексного сканирования. При этом определялась не только локализация, но и характер фиксации головки тромба к сосудистым стенкам. Флотирующими тромбами признавали тромбы, имеющие свободно плавающую в просвете вены проксимальную часть длиной не менее 2-см с истонченным основанием. Длина имевшихся флотирующих участков у представленных больных колебалась от 2-х до 7 см. В 6 случаях у пациентов течение флеботромбоза осложнялось возникновением ТЭЛА мелких и средних легочных артерий, подтвержденной данными выполненной МСКТ ангиопульмонографии. Операция заключалась в удалении флотирующей части тромба из просвета общей бедренной вены. После чего, для профилактики рецидива и ТЭЛА у 11 больных была выполнена перевязка поверхностной бедренной вены сразу ниже устья глубокой вены бедра. У 7 пациентов была выполнена резекция поверхностной бедренной вены на этом же уровне с ушиванием культи атравматическим швом. С момента диагностирования острого флеботромбоза бедренных вен всем пациентам назначались прямые антикоагулянты. В половине случаев, а именно у 9 больных использовалось подкожное дробное введение нефракционированного гепарина по 5 тыс ед. в суточной дозировке от 20 до 30 тыс ед. У

остальных 9 пациентов использовали фраксипарин, вводимый подкожно 2 раза в день по 0,6. До конца 2014года у 15 больных в послеоперационном периоде осуществляли перевод на непрямые антикоагулянты – варфарин до достижения показателей МНО не менее 2,0 после чего введение гепаринов отменяли. У 3-х больных в последующий период после внедрения в практику оральных антикоагулянтов с 5го дня применения фраксипарина больные начинали получать ксарелто по 15мг 2 раза в день и далее по рекомендованной схеме.

Результаты: У всех 18 пациентов после перевязки или резекции поверхностной бедренной вены в раннем послеоперационном периоде прогрессирования венозной недостаточности больной конечности не отмечалось. У одного из 11 больных после перевязки устья поверхностной бедренной вены был отмечен рецидив заболевания с распространением тромбоза на общую бедренную вену выше места лигирования. Кроме этого в отделение поступили 3-х пациента с рецидивом острого флеботромбоза после перевязки поверхностной бедренной вены, выполненной ранее в других лечебных учреждениях. У 2-х пациентов отмечался тромбоз общей бедренной вены и у одного пациента тромбоз наружной подвздошной вены, осложненный ТЭЛА. У этого пациента с целью профилактики рецидива ТЭЛА была выполнена резекция наружной подвздошной вены выше места тромбоза. У пациентов после резекции поверхностной бедренной вены рецидива тромбоза с распространением на проксимальные венозные сегменты не отмечалось.

Заключение: В случаях эмболоопасного тромбоза поверхностной бедренной вены для профилактики ТЭЛА более целесообразно выполнять резекцию начального отдела поверхностной бедренной вены, а не ее перевязку, так как резекция исключает возможность распространения тромботического процесса на проксимальные отделы магистральных вен.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

СИДОРОВ Р.В., ЩЕТКО В.Н., ТАЛАЛАЕВ Е.П., ПЕТЯЕВ А.А.

ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия.

Актуальность: В последние годы коронарное шунтирование (КШ) признано предпочтительным методом реваскуляризации миокарда у больных сахарным диабетом (СД), заболеваемость которым в последние годы сохраняет тенденцию к росту. Вместе с тем наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов с СД, переносящих КШ. По данным отдельных авторов, СД не является предиктором неблагоприятного прогноза, но ряд исследований свидетельствует о худших исходах КШ у больных СД

Цель работы: оценить эффективность операции коронарного шунтирования у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа и провести анализ периоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования: проведён ретроспективный анализ периоперационных осложнений среди пациентов с СД 2 типа ($n = 72$; средний возраст 58 лет) и в группе больных без нарушений углеводного обмена ($n = 75$; средний возраст 57 лет), сопоставимых по полу, возрасту, сопутствующей патологии.

Результаты: наличие СД у больных при выполнении КШ по сравнению с пациентами без сахарного диабета не было связано с увеличением периоперационной летальности и числа кардиоваскулярных осложнений. В то же время число осложнений со стороны послеоперационной раны у больных СД после операции КШ было больше. По результатам многофакторного анализа при наличии ожирения, независимо от пола, возраста, класса хронической сердечной недостаточности (ХСН), риск длительной экссудации из послеоперационной раны возрастает в 2,5 раза. Но при наличии СД риск развития раневых осложнений выше более чем в 3 раза, независимо от пола, возраста, класса ХСН. В настоящем исследовании выраженная гипергликемия в 1-е сутки после операции также была независимым предиктором развития гнойных осложнений.

Выводы: операция коронарного шунтирования может расцениваться, как эффективный и безопасный способ лечения ишемической болезни сердца у пациентов с сахарным диабетом. Периопераионная летальность и частота возникновения кардиальных осложнений в раннем послеоперационном периоде не превышает таковую у пациентов без нарушения углеводного обмена. Предикторами развития осложнений со стороны стеральной раны после КШ являются потребность во введении инсулина при СД, наличие ожирения и выраженная послеоперационная гипергликемия.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА И ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ КАВА-ФИЛЬТРОМ

СОЩЕНКО Д.Г., ФОКИН А.А.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава РФ, г. Челябинск, Россия

Эмбологенный тромбоз системы нижней полой вены подразумевает активную тактику ведения пациентов с целью профилактики легочной эмболии, для этого используются кавапликация, эндоваскулярная и открытая тромбэкстракция и имплантация фильтра в нижнюю полую вену. Эти методы сочетаются с активными действиями по восстановлению проходимости вен таза и нижних конечностей. После устранения угрозы легочной эмболии и доказанным отсутствием эмбологенности тромбоза временный кава-фильтр должен быть извлечен. Больные как после удаления фильтра так и с постоянным носительством кава-фильтра требуют значительного внимания со стороны флебологов с целью профилактики рецидива венозного тромбоза и развития посттромботической болезни.

Материалы и методы: мы располагаем данными трех клиник города Челябинска, где за последние 5 лет (2011-15гг) имплантировано 382 кава-фильтра больным с эмбологенным острым илиофemorальным флеботромбозом (женщин – 224, мужчин-158, средний возраст 56,1лет). В течение последнего 2015 года – имплантировано 74 кава-фильтра (31 мужчина и 43 женщины, средний возраст – 54,3 года). Постоянных фильтров имплантировано 206 (53,92%), извлекаемых – 176 (46,08%) – использовались фильтры фирмы Cordis. Извлечено 86 кава-фильтров – 48,86%, не извлечено по разным причинам – 90 фильтров (51,14%). В дальнейшем всем пациентам с имплантированными и извлеченными кава-фильтрами предлагалось динамическое наблюдение у флеболога (ангиохирурга) с целью контроля клиники, приема антикоагулянтов и УЗДС вен через 6 и 12 месяцев после перенесенного венозного тромбоза.

Результаты: наблюдается у ангиохирургов и флебологов только 35% от всего числа пациентов. Рецидивы венозного тромбоза в течение года зарегистрированы в 16% случаев, развитие посттромботической болезни – в 28% случаев, при чем независимо от носительства фильтра в нижней полой вене. Результаты зависели от приверженности к лечению, наличия дополнительных факторов риска, тромбофилии.

Выводы:

1. С целью своевременной диагностики посттромботической болезни и рецидива острого венозного тромбоза необходимо динамическое наблюдение пациентов с

перенесенным острым илиофemorальным флеботромбозом как с имплантированным, так и извлеченным кава-фильтром.

2. Не требующий лабораторного контроля постоянный прием антикоагулянтов требует наблюдения специалистов, обеспечивая приверженность к лечению.

3. Динамическое дуплексное сканирование вен позволяет оценить степень реканализации перенесенного тромбоза и прогнозировать развитие посттромботической болезни.

БЕСКОНТРАСТНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ФЛЕБОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И ЭКСТРАВАЗАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ПОДВЗДОШНЫХ ВЕН

СТОЙКО Ю.М.¹, КАРМАЗАНОВСКИЙ Г.Г.², ШЕБРЯКОВ В.В.^{1,2}, ЯШКИН М.Н.¹

¹ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г.Москва; ²МДЦ «Рэмси Диагностика», г.Москва, Россия

Цель исследования: оценить информативность магнитно-резонансной флебографии (МР-флебографии) в диагностике изменений подвздошного сегмента нижней полой вены.

Материал и методы: в исследование включены 28 пациентов с хронической венозной недостаточностью (ХВН) (клинический класс С3-С6 по классификации CEAP), из них 7 мужчин и 21 женщина. Средний возраст пациентов составил $43,6 \pm 11,6$ лет. По клиническим классам пациенты распределились следующим образом: С3 – 17, С4а – 8, С5 – 2, С6 – 1. Всем пациентам выполнено ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей (УЗАС), учитывая менее высокую чувствительность метода в диагностике изменений глубоких вен выше паховой связки выполняли МР-флебографию подвздошных вен и нижней полой вены. С декабря 2014 года по сентябрь 2015 года исследования проводили на МРТ GE Optima MR360, используя протокол бесконтрастной МР-флебографии в последовательностях: 1. ВН FIESTA (TRA, COR, SAG) с использованием пробы Вальсальва 2. 3D INHANCE (SAG или COR) на свободном дыхании, с последующей 3D-реконструкцией и последующей обработкой полученных изображений в виде МIP и 3D. Время сканирования не превышало 15 мин.

Результаты: у 13 пациентов диагностирован стеноз левой общей подвздошной вены (ОПВ) за счет сдавления правой общей подвздошной артерией (синдром Мея-Тернера), при этом просвет левой ОПВ составил $4,1 \pm 1,6$ мм, а протяженность стеноза – $16,8 \pm 5,5$ мм. Одному пациенту выполнено стентирование левой ОПВ (самораскрывающийся стент Wall-stent Uni Endoprothesis 18 x 60 мм, Boston Scientific, США) с синдромом Мея-Тернера, при этом скорость кровотока на УЗДГ до операции имела следующие показатели: 55-63 см/сек. до стеноза и 84-110 см/сек. после. После стентирования линейная скорость кровотока в ОПВ составила – 40-45 см/сек.

У 10 пациентов выявлены посттромботические изменения глубоких вен: посттромботическая облитерация левой ОПВ в 4 случаях, правой ОПВ, нижней полой вены (НПВ) в 3 случаях, правой наружной подвздошной вены – 1, левой наружной подвздошной вены – 1, у 1 пациентки отмечен стеноз обеих наружных подвздошных вен, у 2 пациентов стеноз левой общей бедренной вены, и у 1 пациентки отмечена полная

реканализация левой наружной подвздошной вены после ранее перенесенного тромбоза. Одной пациентке выполнено стентирование общей и наружной подвздошных вен слева (самораскрывающиеся стенты x 2 Wall-stent Uni Endoprothesis 18 x 60 мм, Boston Scientific, США) с посттромботической окклюзией.

Обсуждение: 3D-реконструкция НПВ и ее бассейна может быть использована при планировании реконструктивных, коррегирующих и восстановительных операций у пациентов не только с ПТВ, но и при других причинах развития ХВН. Выполнение МР-флебографии позволяет выявить пути коллатерального оттока крови от нижних конечностей при посттромботической облитерации подвздошных вен и нижней полой вены.

Выводы: протокол проведения МР-флебографии является наиболее оптимальным скрининговым методом в диагностике причин экстра- и интравазальной патологии НПВ и ее бассейна, являясь неинвазивным и непродолжительным по времени. При этом отсутствует лучевая нагрузка, нет необходимости использовать контрастный препарат. Исследование выполняется в амбулаторных условиях пациентам любых возрастных групп с различной степенью тяжести соматического состояния.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН С4-С6 КЛАССА

СТОЙКО Ю.М., ЦЫПЛЯЩУК А.В., ГУДЫМОВИЧ В.Г.

ФГБУ "Национальный Медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, г. Москва, Россия

Пациенты с трофическими нарушениями, особенно с вторичными изменениями, традиционно считаются самым тяжелым контингентом в клинической практике. Венозные трофические язвы по разным данным встречаются у 0,1% - 3,2% взрослого населения. В России венозные трофические язвы встречаются не менее чем у 3 млн. человек.

Цель: рассмотреть и сравнить миниинвазивные методы лечения в комплексной программе лечения трофических изменений венозной этиологии

Материалы и методы: объектом настоящего исследования явились 102 конечности (96 пациентов) с варикозной болезнью вен нижних конечностей и посттромботической болезнью, класс С4-С6 по СЕАР, лечившихся амбулаторно.

В 34 случаях выполнялась эхо-контролируемая склеротерапия магистральных и перфорантных вен.

В 68 случаях выполнялась эндовенозная лазерная облитерация магистральных подкожных вен.

Все процедуры завершались склерооблитерацией притоков и/или минифлебэктомией.

Последующие осмотры на 2, 4, 8 неделе, а так же через 6 и 12 месяцев включали в себя ультразвуковой контроль и при необходимости – повторные курсы склеротерапии притоков.

Тяжесть заболевания (VCSS) находилась в пределах от 7 до 13 баллов, в среднем составила 9,9 баллов и достоверно не отличалась в группах.

Всем пациентам в составе комплексной терапии назначались компрессионный трикотаж 2 и 3 класса.

Результаты: в ближайшем послеоперационном периоде стойкой облитерации магистральных подкожных вен вен удалось достичь у всех пациентов. Дополнительной склерооблитерации притоков и перфорантных вен при контрольном осмотре в первой группе потребовалось в 7 случаях, во второй – в 16 случаях.

У большинства пациентов наблюдался последующий регресс трофических изменений в сроки до 5 недель без дополнительных вмешательств.

Послойная дерматолипэктомия (shave-therapy) с одномоментной кожной пластикой по Тиршу потребовалась 3 и 8 пациентам в первой и второй группе соответственно.

По результатам осмотра через 12 месяцев, средняя VCSS составила 4,5 балла, находилась в пределах от 3 до 5.

Повторное проведение дополнительной склеротерапии притоков через год потребовалось у 8 пациентов из первой группы и у 5 пациентов из второй группы.

Выводы: эндовенозная лазерная облитерация, равно как и пенная склеротерапия магистральных вен – эффективный способ устранения вено-венозного рефлюкса по подкожным и перфорантным венам и может использоваться в составе комплексного лечения хронических заболеваний вен.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН: ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВТЭО

СТОЙКО Ю.М., ЦЫПЛЯЩУК А.В., ХАРИТОНОВА С.Е., ЯШКИН М.Н.

ФГБУ "Национальный Медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова" Минздрава
России, г. Москва, Россия

По данным литературы, риск ВТЭО при традиционных хирургических операциях на варикозных венах 0,15 – 3,8% (Гервазиев В.Б. и др., 2002; Merchant R.F. et al., 2002; Miller G.V. et al., 1996; Cambell B., 1996), риск дистальных тромбозов достигает 19% (Золотухин И.А. и др., 2013)

Частота ТГВ после РЧО и ЭВЛК колеблется от 0,7 до 2,3 (Marsh P 2010; Puggioni A et al., 2006).

С появлением новых оральных антикоагулянтов профилактика ВТЭО стала значительно удобнее, однако, большие кровотечения, связанные с приемом ривароксабана возникают у 0,2-1% (Kline JA 2016 Ruiz-Gimenez et al. 2016 Gimenez et al. 2016)

К сожалению, до сих пор не разработаны критерии оценки риска развития ВТЭО у больных, планируемых на эндовенозную термооблитерацию.

Цель исследования: определить целесообразность использования и показания к медикаментозной профилактике венозных тромбозэмболических осложнений (ВТЭО) после термооблитерации.

Материалы и методы: Были проанализированы 9675 термооблитераций нижних конечностях, выполненных с января 2008 по январь 2016 в НМХЦ им. Н.И.Пирогова ЭВЛО у 8722 больных варикозным расширением вен.

Пациентам проводилась стандартная периоперационная профилактика ВТЭО, включающая раннюю активизацию, ношение компрессионного трикотажа а так же минифлебэктомию интраоперационно. Медикаментозная профилактика не проводилась.

Так же в послеоперационное ведение были включены обязательные осмотры с УЗ – ангиосканированием на 2-е, 14-е, 30-е и 60 –е сутки после вмешательства.

Результаты: В послеоперационном периоде проксимальный тромбоз глубоких вен произошел у 11 человек.

При ретроспективном анализе было установлено, что 9 из 11 пациентов, у которых после термооблитерации развился ТГВ, имели признаки ранее приобретенной посттромботической болезни. У 2 пациентов термооблитерация была выполнена на МПВ с устьем, более 10 мм в диаметре.

Процент осложнений от общего количества вмешательств составил 0,1. Это не превышает общемировую статистику по осложнениям после термооблитераций, а так же после традиционных хирургических вмешательств.

Выводы:

1. При правильном отборе пациентов, включающем адекватную оценку анамнестических данных (ТГВ, прием гормональных препаратов и т.п.), данные инструментальных исследований (признаки ранее перенесенного тромбоза глубоких вен), данных лабораторных исследований, а так же при правильном ведении послеоперационного периода (регулярном УЗ- контроле), можно отказаться от рутинной медикаментозной профилактики послеоперационного тромбоза глубоких вен.

2. ВТЭО после эндовенозной термооблитерации возникают чаще у пациентов с посттромботической болезнью, при наличии рефлюксов по глубоким венам. Данная группа пациентов, вероятно нуждается в медикаментозной послеоперационной профилактике тромбозов.

АМБУЛАТОРНАЯ СКЛЕРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПОВЕРХНОСТНОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА

СУКОВАТЫХ Б.С.¹, СЕРЕДИЦКИЙ А.В.², ЗАЙЦЕВ В.И.³, ИТИНСОН А.И.³

¹ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Курск, Россия;

²Медицинский институт Орловского государственного университета им. И.С. Тургенева, г. Орел, Россия;

³Многопрофильный лечебно-диагностический центр «Медеор», г. Курск, Россия

Цель исследования: оценить возможность амбулаторного применения склерохирургии в лечении острого поверхностного варикотромбофлебита.

Материалы и методы: нами проведен анализ лабораторного, ультразвукового обследования и последующего хирургического лечения 60 больных острым поверхностным варикотромбофлебитом, развившимся на фоне варикозной болезни. Мужчин было 21(35%), женщин – 39(65%). Возраст больных колебался от 19 до 54 лет. Средний срок с момента развития поверхностного тромбофлебита до обращения составил $4,25 \pm 1,12$ дня. Больные были разделены на две статистически однородные группы по полу, возрасту, длительности заболевания и распространенности тромбофлебита по 30 человек в каждой.

В первой группе хирургическое лечение выполнялось в один этап и заключалось в радикальной венэктомии с удалением тромбированных и нетромбированных подкожных вен вместе с окружающей воспаленной подкожной жировой клетчаткой и предварительной над- или субфасциальной перевязки недостаточных перфорантных вен.

Во второй группе лечение проводилось в два этапа. На первом этапе при варикотромбофлебите в системе большой подкожной вены разрезом в паховой области выполняли кроссэктомию. В просвет вены в дистальном направлении проводили полиэтиленовый катетер диаметром 6 F(2 мм) до места тромбоза. При подтягивании катетера наружу через его просвет вводили склерозант (2-3% фибровейн, этоксисклерол) из расчета 1 мл склерозанта на 10 см вены. Катетер удаляли, вену перевязывали, рану ушивали. При тромбозе притоковой системы основного ствола выполняли введение склерозанта в варикозно измененный, но не тромбированный сегмент вены, с целью ограничения распространения тромботического процесса и уменьшения объема второго этапа лечения. По ходу склерозированной вены укладывали марлевый валик и производили компрессию трикотажем 2 кл. На 2-3 день производили перевязку со сменой компрессионного валика. Сходные принципы выполнения 1-го этапа лечения соблюдали и при тромбофлебите в бассейне малой подкожной вены. На 2-м этапе через 1-1,5 месяца

производили удаление только тромбированных варикозных вен методом «туннелирования». Участки вен, подвергшихся облитерации, не удаляли, несостоятельные перфорантные вены перевязывали.

Результаты лечения оценивали путем объективного обследования больных, дуплексного сканирования венозной системы и изучения качества жизни пациентов на основе самооценки. С этой целью использовался опросник SF-36.

Результаты: у пациентов первой группы в раннем послеоперационном периоде у 5 (16,7%) больных отмечены несостоятельность краев ран, а в отдаленном – стойкий отек оперированной конечности и расстройства чувствительности, вследствие повреждения лимфатических сосудов и подкожных нервов, зарегистрированы у 4 (13,3%) больных. Физический компонент здоровья в первой группе был равен $44,7 \pm 4,5$, а психологический - $34,5 \pm 1,9$.

У больных во второй группе после первого этапа лечения каких-либо осложнений не было. В отдаленном послеоперационном периоде у 1 (3,3%) больного развился стойкий отек конечности в результате развития лимфостаза. При изучении качества жизни физический компонент здоровья равен $57,3 \pm 6,7$, а психологический - $47,8 \pm 1,8$.

Следовательно, амбулаторное применение двухэтапного подхода позволяет избежать осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, снизить их количество в отдаленном периоде на 10%, улучшить физический компонент здоровья на $12,6 \pm 2,2$ и психологический компонент на $13,3 \pm 0,1$ ($P < 0,05$ по сравнению с показателями первой группы).

Обсуждение: основным доводом в пользу радикальной венэктомии на высоте воспаления считается снижение экономических затрат на госпитализацию, в сравнении с двухэтапным оперативным лечением. Однако активное внедрение стационар-замещающих технологий доказывает возможность эффективного лечения такого спектра пациентов без госпитализации.

Выводы: амбулаторное применение катетерной склерохирургии в лечении острого поверхностного варикотромбофлебита позволяет значительно снизить количество осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, значительно улучшить все показатели качества жизни пациентов.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА

СУКОВАТЫХ Б.С.¹, МУРАДЯН В.Ф.², СЕРЕДИЦКИЙ А.В.², АЗАРОВ А.М.²

¹Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия;

²Орловская областная клиническая больница, г.Орёл, Россия

Цель: сравнить безопасность и эффективность ривароксабана и дабигатрана с варфарином в лечении больных с клиническими проявлениями острых венозных тромбозов.

Материалы и методы: проведен анализ результатов обследования и лечения 95 больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей. Пациенты были разделены на 3 статистические однородные группы по полу. Первую группу составили 35 больных, лечившихся антагонистом витамина К - варфарином, во вторую и третью группу вошли по 30 пациентов, для лечения которых применялись новые пероральные антикоагулянты. Во второй группе лечение проводилось дабигатраном, а в третьей – ривароксабаном. Контроль за антикоагулянтной терапией осуществляли общепринятыми лабораторными показателями и ультразвуковым ангиосканированием венозной системы нижних конечностей. Для исключения симптомной и асимптомной ТЭЛА пациентам выполняли компьютерную томографию легких, а при подтверждении диагноза производили УЗИ сердца.

Результаты: при ультразвуковом исследовании венозной системы пораженной нижней конечности длина тромбов в глубоких венах в первой группе колебалась от 18 до 96 см, составляя в среднем $59,4 \pm 19,7$ см, во 2-ой группе – от 14 до 89 см, в среднем $59,7 \pm 20,3$ см, а в 3-ей группе - от 15 до 87 см, в среднем $57,9 \pm 19,7$ см. При спиральной томографии легких ТЭЛА обнаружена у 4 пациентов, по одному в первой и третьей группах и у 2 больных во второй группе. Рецидив заболевания обнаружен у 2(2,1%) больных 1-ой группы, получавших варфарин.

Малые кровотечения обнаружены у 6(6,3%) пациентов 1-ой группы и у 4(4,2%) пациентов 2-ой и 3-ей групп поровну. У 2(2,1%) пациентов 1-ой группы и у 1(1,1%) пациента, получавшего дабигатран, в процессе лечения выявлено повышение уровня печеночных проб (АЛТ, АСТ) более чем в 3 раза выше верхней границы нормы, и в связи с этим данным пациентам антикоагулянтная терапия была прекращена.

В трети случаев после окончания лечения варфарином пораженный сегмент вены остался окклюзированным. Этот показатель был ниже, на 4,3% в группах, лечившихся дабигатраном и ривароксабаном. Признаки ХВН отсутствовали или она проявлялась в

легкой степени у 83,3% пациентов, получавших ривароксабан, и у 80% пациентов, лечившихся дабигатраном, в отличие от группы варфарина, где соответствующий показатель составил 71,4%. ХВН средней и тяжелой степени при лечении варфарином развилась у 28,6%, при лечении дабигатраном – у 20%, ривароксабаном – у 17,6% пациентов.

Обсуждение: пероральные антикоагулянты обладают рядом преимуществ: позволяют значительно экономить на проведении анализа коагулограммы, имеют предсказуемый антикоагулянтный эффект, не требуют индивидуализировать подбор дозы препарата, при необходимости выполнения срочной операции могут быть отменены за 12 часов до ее начала.

Анализ проведенных исследований показал, что раннее назначение дабигатрана и ривароксабана позволяет добиться фиксации флотирующей части тромба в максимально короткие сроки, избежать рецидива тромбоза в будущем и снизить вероятность развития посттромботической болезни.

Необходимо отметить, что только ривароксабан не требует даже короткого стартового лечения гепаринами и может использоваться с первых дней лечения венозного тромбоза, что значительно расширяет спектр его применения у амбулаторных пациентов с верифицированными дистальными тромбозами, не требующими госпитализации в стационар.

Выводы: дабигатран и ривароксабан по эффективности и безопасности превосходят варфарин при лечении пациентов с венозными тромбозами с осложнениями.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

СУСЛОВ А.П.¹, ШАХМАТОВ И.И.¹, КАБАРУХИН А.Б.¹, КОЧЕРГИН О.Я.¹,
СЕВЕРИНКО Н.В.¹, МАКАРЕЦ А.Б.¹, ПРОСТОВ И.И.²

¹Муниципальное бюджетное управление здравоохранения городская больница скорой медицинской помощи, г. Таганрог, Россия; ²ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Цель: оценить результаты открытой тромбэктомии при эмбологенно опасном тромбозе с наличием флотирующего тромбоза в просвете поллой вены.

Материалы и методы: мы располагаем опытом хирургического лечения 8 пациентов с подвздошно-бедренным венозным тромбозом, при котором флотирующая верхушка тромба располагалась в нижней поллой вене. Возраст пациентов от 26-68 лет. За период 2012-2015 гг. Мужчин – 5, женщин -3. Анамнез тромбоза глубоких вен нижних конечностей составлял от 2 – 23 дней. Диагноз во всех случаях подтвержден на ультразвуковом триплексном сканировании (УЗТС) вен нижних конечностей, подвздошной и нижней поллой вены.

Флотирующая тромба составляла от 5 до 20 см. В 7 случаях флотирующий тромб располагался инфраренально, в одном случае верхушка тромба располагалась выше почечных вен. У 2-х пациентов отмечены эпизоды ТЭЛА с развитием инфаркт-пневмонии. Во всех случаях произведено открытое вмешательство. Операции проводились по экстренным показаниям под эндотрахиальным наркозом. Во всех случаях производилась срединная лапаротомия. Через продольную каватомию выполнялось удаление флотирующей части тромба. Операции заканчивались плекацией общей подвздошной вены.

Результаты: в ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов не отмечено. Рецидивов ТЭЛА также не наблюдалось. В отдаленном периоде наблюдения (до 3-х лет) синдром нижней поллой вены не развился ни в одном случае. Пациенты сохраняли трудоспособность.

Выводы: при наличии флотирующего эмбологенно опасного тромба нижней поллой вены у соматически сохранным пациентов молодого и пожилого возраста открытая тромбэктомия в ближайшем периоде способная эффективно предотвратить тромбоэмболические осложнения. В отдаленном периоде - снижение риска развития синдрома нижней поллой вены.

ПРИМЕНЕНИЕ РИВАРОКСАБАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМОИНДУЦИРОВАННЫХ ТРОМБОЗОВ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

ФОКИН А.А.¹, БОРСУК Д.А.²

¹Кафедра хирургии ФДПО ГОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава РФ, г.Челябинск, Россия;

²Клиника флебологии и лазерной хирургии, ООО “Васкулаб”, г.Челябинск, Россия

За последнее время малоинвазивные методы ликвидации рефлюкса по магистральным подкожным венам, такие как эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) и радиочастотная облитерация, стали применяться в качестве методик выбора у большинства пациентов с варикозным расширением вен. Однако вскоре после их внедрения, появилось новое осложнение – термоиндуцированный тромбоз, то есть выход тромботических масс из коагулированных подкожных в интактные глубокие вены.

Впервые термин термоиндуцированный тромбоз (в англоязычной литературе - endothermal heat-induced thrombosis) был внедрен в клиническую практику в 2005 году после выхода работ Lowell S. Kabnick и соавторов, и с тех пор получил устойчивую аббревиатуру ЕНІТ. В то же время устоявшегося русскоязычного термина и аббревиатуры на сегодняшний день пока нет. Также Kabnick внедрил классификацию ЕНІТ, которая состоит из четырех классов: 1 - Тромб около соустья, без распространения в глубокую вену; 2 - Тромб переходит в глубокую вену и перекрывает не более 50% ее просвета; 3 - Тромб переходит в глубокую вену и перекрывает более 50% ее просвета; 4 – Оклюзия глубокой вены. Сегодня большинством специалистов применяется тактика лечения ЕНІТ низкомолекулярными гепаринами парентерально. Однако, после появления пероральных препаратов для лечения тромбоза глубоких вен, таких как ривароксабан, вполне обоснованным представляется лечение ими и пациентов с термоиндуцированными тромбозами. В то же время научных публикаций по этой проблеме на сегодняшний день пока нет.

Целью настоящей работы стала оценка эффективности применения ривароксабана для лечения термоиндуцированных тромбозов после ЭВЛК.

Материал и методы: В проспективное несравнительное исследование вошли 1326 пациентов, оперированных с сентября 2014 по февраль 2016 года, которым было выполнено 1514 ЭВЛК. В 1091 (72,1%) случаях коагуляции была подвергнута большая подкожная вена (БПВ), в 124 (8,2%) случаях передняя добавочная подкожная вена (ПДПВ), и в 299 (19,7%) - малая подкожная вена (МПВ). ЭВЛК выполнялась под тумесцентной анестезией с автоматической тракцией световода, аппаратом с длиной волны 1470 Нм, на

мощности 6-10 Вт. Линейная плотность энергии составляла от 50 до 90 Дж/см. Диаметр вен, подвергнутых коагуляции, в приустьевом отделе составил от 4 до 38 мм (в среднем 12 +/- 4,1 мм). Термоиндуцированный тромбоз развился в 21 случае (1,4%): в 19 случаях в бассейне БПВ (1,7%), и в 2 случаях в ПДПВ (1,6%). В бассейне МПВ термоиндуцированных тромбозов не наблюдалось. Всем пациентам с ЕНГТ был назначен ривароксабан.

Результаты: Из 21 случая термоиндуцированных тромбозов в 9 случаях (0,6%) наблюдался 1 класс, в 10 случаях (0,7%) 2 класс, и в 2 случаях (0,1%) 3 класс по Kambick. Всем пациентам с 1 классом назначался ривароксабан в дозе 20 мг 1 раз в сутки, у пациентов со 2 и 3 классами ЕНГТ ривароксабан назначался по 15 мг 2 раза в день. В 1 случае (4,8%) данный препарат пришлось отменить на 2-е сутки ввиду развития диспептических явлений. Данному пациенту был назначен эноксипарин в лечебной дозировке подкожно 1 раз в сутки. Во всех остальных случаях отмечен полный регресс термоиндуцированного тромба в сроки 6 – 25 дней. У одной пациентки (4,8%), получающей ривароксабан по 15 мг 2 раза в сутки, развилось носовое кровотечение, купированное самостоятельно, не потребовавшее отмены препарата. Случаев клинически значимой тромбоэмболии легочной артерии отмечено не было.

Выводы: Ривароксабан является эффективным пероральным препаратом для лечения термоиндуцированного тромбоза после ЭВЛК. Необходимы дальнейшие исследования для установления его эффективности и профиля безопасности у этой категории пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

ХАИШЕВА Л.А.¹, ГЛОВА С.Е.¹, САМАКАЕВ А.С.², СУРОЕДОВ В.А.², ШЛЫК С.В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗРФ, г. Ростов-на-Дону, Россия;

² МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: определить особенности приверженности к медикаментозной терапии после острого коронарного синдрома на амбулаторном этапе в Ростовской области в зависимости от вида острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы. В исследование было включено 327 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу ОКС. Средний возраст пациентов составил $64,1 \pm 0,6$ года и колебался в диапазоне от 36 до 93 лет. Повторные визиты проводились: визит 1 через 1 месяц ± 7 дней после начала исследования для данного пациента, визит 2 - через 4 месяца ± 7 дней, визит 3 через 6 месяцев ± 7 дней, визит 4 – через 9 месяцев ± 7 дней, визит 5 – через 12 месяцев ± 7 дней. Каждый повторный визит включал оценку клинического состояния пациента, лабораторно - инструментальное обследование. Оценивалось предшествующее лечение, назначенное лечение. Приверженность к лечению оценивали на визите 1, 3, 5. Приверженность к терапии считалась неудовлетворительной в том случае, когда пациент принимал $\leq 80\%$ или $\geq 120\%$ таблеток медикаментов, назначенных на длительный период времени.

Результаты. При оценке приверженности к ИАПФ/АРА установлено, что в целом пациенты имели высокую приверженность к данной группе препаратов, которая через 12 месяцев от начала терапии составляла 83,6%, и не имела статистически значимых в зависимости от вида ОКС ($p \geq 0,05$).

При оценке приверженности к β -адреноблокаторам (β -АБ) было установлено, что через месяц от начала терапии она составляла 94,8%. Выявлено статистически значимое снижение приверженности через 6 месяцев от начала терапии как для пациентов с нестабильной стенокардией (НС), так и для пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) ($p < 0,05$), и через 12 месяцев лечения она была 78,1%. Также установлены статистически значимо большие уровни приверженности к терапии β -АБ у пациентов с ОИМ по сравнению с пациентами с НС ($p < 0,05$).

Приверженность к гиполипидемической терапии имеет минимальные значения и через 12 месяцев от начала терапии составила 61,6%, для пациентов с НС - 50,8%, для пациентов с ОИМ - 72%. Выявлено статистически значимое снижение приверженности через 6 и 12 месяцев от начала терапии как для пациентов с НС, так и для пациентов с

ОИМ ($p < 0,05$). Также установлены статистически значимо большие уровни приверженности к терапии статинами у пациентов с ОИМ по сравнению с пациентами с НС ($p < 0,05$).

Приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) через 12 месяцев от начала терапии была 79,9%, для пациентов с НС - 65,1%, для пациентов с ОИМ - 92,5%. Выявлено статистически значимое снижение приверженности через 6 и 12 месяцев от начала терапии ($p < 0,05$). Также установлены статистически значимо большие уровни приверженности к ДАТ у пациентов с ОИМ по сравнению с пациентами с НС ($p < 0,05$).

Выводы. Приверженность к назначаемой медикаментозной терапии в течение 12 месяцев после ОКС составляла 61,6% и была наиболее высока в группе пациентов, перенёвших ОИМ, максимальна для групп иАПФ/АРА, ДАТ и β -АБ, минимальна к гиполипидемическим препаратам (статины). При этом наблюдалось статистически значимое снижение приверженности через 6 месяцев от индексного события.

ЗНАЧЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ХОРОЛЕЦ Е.В.¹, ХАИШЕВА Л.А.¹, САМАКАЕВ А.С.², РЫЖКОВА Е.С.²,
РЕДЬКИН А.В.², ШЛЫК С.В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗРФ, г.Ростов-на-Дону, Россия; ²МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, г.Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: оценить показатели липидного обмена у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в динамике лечения.

Материалы и методы: С диагнозом ОКСбпST включен 51 человек. Критерии включения: ОКСбпST в первые 96ч, артериальная гипертония, возраст старше 50 лет, женщины в период менопаузы. Критерии исключения: наследственные гиперхолестеремии, пациенты с непереносимостью статинов, тяжелые заболевания печени, почечная, печеночная недостаточность, онкологические заболевания. Оценивали биохимические показатели (АЛТ, АСТ, билирубин, данные липидограммы, hsCRP) каждые 4 недели в динамике 16 недель. Статистическая обработка STATISTICA 6.0. Статистически значимые различия при $p < 0,05$.

Результаты: В исследовании принимали участие 51 пациент, среднего возраста $62,92 \pm 1,07$ лет, 30 мужчин и 21 женщина, сопоставимых по возрасту ($62,5 \pm 1,39$ и $63,52 \pm 1,73$ лет, соответственно ($p > 0,05$)). За время наблюдения отмечено снижение уровня ОХС на 2 визите ($3,92 \pm 0,17$ ммоль/л), 3 ($4,09 \pm 0,15$ ммоль/л), 4 ($4,02 \pm 0,15$ ммоль/л) визитах по сравнению с визитом рандомизации больных ($4,72 \pm 0,78$ ммоль/л). Уровень ОХС у мужчин ($4,78 \pm 0,26$ ммоль/л) женщин ($4,63 \pm 0,22$ ммоль/л) не отличался на визите 1. Среди мужчин выявлено снижение уровня ОХС при сравнении визита 1 ($4,78 \pm 0,26$ ммоль/л) с визитами 2 ($3,75 \pm 0,22$ ммоль/л), 3 ($3,84 \pm 0,16$ ммоль/л) и 4 ($3,88 \pm 0,19$ ммоль/л). А у женщин отмечено значимое снижение ОХС лишь после 4 недель лечения. При оценки уровня ХС ЛПНП отмечалось достоверное снижение на 8 недели ($1,93 \pm 0,11$ ммоль/л) и 16 недели ($1,91 \pm 0,12$ ммоль/л) лечения по сравнению с визитов включения ($2,34 \pm 0,15$ ммоль/л). У мужчин после 4 недель ($2,23 \pm 0,18$ ммоль) лечения выявлено уменьшение уровня ХС ЛПНП на визите 3 ($1,91 \pm 0,16$ ммоль/л) и 4 ($1,91 \pm 0,18$ ммоль/л). На этапе включения больных уровень ТГ $2,97 \pm 0,35$ ммоль/л был выше целевых значений. В динамике лечения статинами значения ТГ снизились только после 8 недели терапии ($2,33 \pm 0,26$ ммоль/л) по сравнению с 4 неделю ($2,61 \pm 0,29$ ммоль/л). Необходимо отметить, что у пациентов ОКС на фоне лечения статинами была установлена тенденция снижение уровня ТГ уже в первые 4 недели лечения, но не были получены целевые цифры уровня ТГ.

Выводы: В динамике 16 недель базисной терапией пациентов ОКС с коррекцией дозы аторвастатина были достигнуты целевые цифры ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, при этом уровень триглицеридов не достиг желаемых результатов.

ОЦЕНКА ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРТЫМ СИНДРОМОМ

ХОРОЛЕЦ Е.В.¹, ХАИШЕВА Л.А.¹, САМАКАЕВ А.С.², СУРОЕДОВ В.А.², ШЛЫК С.В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗРФ, г. Ростов-на-Дону, Россия; ² МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону, г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: оценить уровень высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP) у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST за 16 недель лечения статинами.

Материалы и методы: Включен 51 человек с диагнозом ОКСбпST. Критерии включения: ОКСбпST в первые 96ч заболевания, возраст старше 50 лет, артериальная гипертония, женщины в период менопаузы. Критерии исключения: в анамнезе наследственные гиперхолестеремии, пациенты с непереносимостью статинов, тяжелые заболевания печени, печеночная, почечная недостаточность, онкологические заболевания. Контроль биохимических показателей (АЛТ, АСТ, билирубин, данные липидограммы) для оценки безопасности статинов, hsCRP каждые 4 недели в динамике 16 недель. Уровень hsCRP оценивали методом иммунотурбидиметрии (мг/л). Статистическая обработка STATISTICA 6.0. Статистически значимые различия при $p < 0,05$.

Результаты: Включен 51 пациент, среднего возраста $62,92 \pm 1,07$ лет, 30 мужчин и 21 женщина, сопоставимых по возрасту ($62,5 \pm 1,39$ и $63,52 \pm 1,73$ лет, соответственно ($p > 0,05$)). В динамике 16 недель доза статинов титровалась с целью достижения целевых значений показателей липидного обмена. Среднее значение hsCRP $7,23 \pm 1,11$ мг/л у пациентов ОКС отражает высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. При оценки уровня hsCRP, установлено статистически значимое снижение в динамике всех визитов наблюдения пациентов ОКС (визит 1 - $7,23 \pm 1,11$; визит 2 - $5,36 \pm 0,71$; визит 3 - $3,32 \pm 0,49$; визит 4 - $3,30 \pm 0,53$ мг/л). При анализе полученных данных hsCRP в зависимости от пола пациентов гендерных различий в динамике всех визитов получено не было. Снижение уровня hsCRP отражает положительную динамику на фоне лечения статинами и улучшает прогноз пациентов перенесших ОКС. В течение 16 недель наблюдения пациентов ОКС были оценены 3 конечные точки. Два пациента были повторно госпитализированы с диагнозом: ИБС. Нестабильная прогрессирующая стенокардия. Один летальный исход в первые сутки госпитализации пациента после включения. Значения hsCRP среди пациентов с конечными точками составило $7,8 \pm 2,03$ мг/л, данное значение было выше чем в группе всех пациентов.

Выводы: На госпитальном этапе у пациентов ОКС выявлен высокий уровень hsCRP, что отражает высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. В результате 16 недель лечения отмечена тенденция к снижению уровня hsCRP до уровня $3,3 \pm 0,53$ мг/л, что соответствует среднему риску сердечно-сосудистых осложнений.

ТРОМБОЗ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ TIPS/ТИПС У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РЕАЛИЗАЦИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЕГО ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

ХОРОНЬКО Ю.В., КОСОВЦЕВ Е.В., ГЛЕБОВ К.А.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Цель: Улучшить результаты лечения больных с осложнённой портальной гипертензией (ПГ) цирротического генеза, подвергающихся операции трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС), путём разработки и реализации эффективных мероприятий профилактики тромбоза шунта.

Материал и методы: В нашей клинике операции TIPS/ТИПС в 2007-2016 гг. подверглись 197 пациентов. Показаниями были осложнения ПГ: у 147 из них – состоявшиеся в недавнем анамнезе варикозные пищеводно-желудочные кровотечения (ВПЖК), у 47 больных – рефрактерный к медикаментозным мероприятиям асцит, который в 15 случаях протекал с клиническими и лабораторными признаками гепаторенального синдрома. Еще трём пациентам шунтирующее пособие было осуществлено при продолжающемся ВПЖК в связи с безуспешностью медикаментозных мероприятий и эндолигирования. В 98 случаях шунтирование было дополнено селективной эмболизацией левой желудочной, а, при необходимости, и задней желудочной вен (ЛЖВ/ЗЖВ). Руководствуясь целью настоящего исследования, мы подробно изучили выявленные случаи дисфункции портосистемного шунта (вследствие его тромбоза), а также факторы, повлиявшие на развитие данного осложнения. Пациенты были разделены на 2 группы. В I (контрольную) группу включены 87 больных, оперированных в 2007-2010 гг. II-ю группу составили 110 пациентов, оперированных в 2010-16 гг. Им преимущественно устанавливались стенты, покрытые ПТФЭ, в отличие от больных I группы, у которых чаще применялись голометаллические стенты. Пациентам II группы проводились мероприятия по профилактике дисфункции шунта, учитывавшие, в частности, параметры коагулограммы (МНО, АЧТВ, фибриноген, D-димеры, РФМК) в сроки от 1 до 6 недель после достижения медикаментозного и эндоскопического гемостаза при ВПЖК.

Результаты: Среднее значение градиента печеночного давления (ГПД) в группах исследования до операции составило $19,4 \pm 1,6$ (разброс 11-42) и $19,0 \pm 1,4$ (12-40), после операции – $6,3 \pm 0,7$ (3-11) и $6,1 \pm 0,6$ мм рт.ст. Длина портосистемного канала зависела от индивидуальной сосудистой анатомии пациента и колебалась от 4,3 до 11,0 см. Функциональная состоятельность шунта, определяемая путем УЗ дуплексного

исследования, а в ряде случаев методом СКТ-спленопортографии, через 1, 3, 6 и 12 мес после вмешательства, выявлена у 97,2%, 82,5%, 64,0% 50,6% в I (контрольной) группе и у 99,0%, 89,4%, 81,2% и 61,8% обследованных пациентов II группы, соответственно. Установлено, что тромбоз шунта у больных, подвергшихся операции TIPS/ТИПС в виде монопроцедуры, в 86% случаев проявлялся рецидивом пищеводного кровотечения. В тех случаях, когда TIPS/ТИПС был дополнен селективной эмболизацией ЛЖВ/ЗЖВ, дисфункция шунта у большинства оперированных выявлялась как находка при контрольном УЗИ, и лишь в 1 случае из 14 проявилась рецидивом геморрагии.

Обсуждение: Сформулированы принципы обеспечения успеха операции TIPS/ТИПС, корректное выполнение которой позволяет добиться эффективной портальной декомпрессии у больных с жизнеугрожающими осложнениями ПГ. К таковым принципам относятся: (1) тщательный анализ ангиоархитектоники печени для изучения анатомических параметров предстоящего шунтирующего вмешательства; (2) предпочтительное использование стентов, покрытых ПТФЭ, перед голометаллическими; (3) дополнение шунтирования селективной эмболизацией ЛЖВ/ЗЖВ. По мере накопления опыта выполнения данной операции (что, кстати, тоже является важным элементом улучшения результатов) мы установили следующие факторы, способствующие снижению риска развития дисфункции шунта: (1) промежуток времени между достижением гемостаза при варикозном кровотечении и операцией TIPS/ТИПС не должен быть, по возможности, короче двух недель, а оптимальный срок составляет 3-5 нед. Это обусловлено процессом адаптации системы фибринолиза и вызвано необходимостью профилактики тромбоэмболических осложнений; (2) селективная эмболизация ЛЖВ/ЗЖВ должна предшествовать размещению стента в созданном внутривенном канале для предотвращения его смещения во время манипуляций.

Выводы: Тромбоз внутривенного портосистемного шунта является нередким осложнением операции TIPS/ТИПС, особенно в случаях её применения у больного с состоявшейся в недавнем анамнезе варикозной геморрагией и получавшего мощную гемостатическую терапию. Лишь комплекс мероприятий позволяет рассчитывать на снижение риска развития данного осложнения. Помимо строгого следования рекомендованным принципам исполнения данного вмешательства, необходимо соблюдать интервал между проведением гемостатических мероприятий и операцией TIPS/ТИПС длительностью 3-5 нед. Селективная эмболизация ЛЖВ/ЗЖВ рекомендуется в качестве эффективной дополнительной процедуры, она должна предшествовать размещению стента во внутривенном канале.

СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС

ХРИПУН А.В., МАЛЕВАННЫЙ М.В., КАРПЕНКО Е.П., ФОМЕНКО Е.П.,
ЛАВНИК Д.В., ДЕМИНА А.В., КУЛИКОВСКИХ Я.В.

Областной сосудистый центр ГБР РО «РОКБ» г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель: Оценить эффективность и безопасность применения рентгенэндоваскулярных вмешательств при ОКС, обусловленном поражением ствола левой коронарной артерии.

Материалы и методы: В 2009-2015 гг. в Областном сосудистом центре ГУЗ Ростовская ОКБ коронарография выполнена 4266 пациентам с ОКС, при этом гемодинамически значимое поражение ствола левой коронарной артерии выявлено у 287 (6,7%) больных. Эндovasкулярные вмешательства выполнены 93 (32,4%) пациентам при ОКС, обусловленном поражением ствола ЛКА. Из них у 21 (22,6%) была диагностирована нестабильная стенокардия, у 26 (27,9%) поставлен диагноз ИМ без подъема сегмента ST и у 46 (49,5%) – ИМ с подъемом сегмента ST. Средний возраст пациентов составил $56,3 \pm 8,3$ лет, больные мужского пола составляли 73,9% (69 чел.). Сопутствующая патология, отягощающая ОКС, выявлена у 70 (75,2%) больных: сахарный диабет (23 пациентов), артериальная гипертензия 3-й степени (19 пациентов), цереброваскулярные заболевания (8 пациентов), хроническая обструктивная болезнь легких (9 пациента), хроническая ишемия нижних конечностей ПА—ПБ степени (11 пациента). У 33 (34,8%) больных отмечалась нестабильная гемодинамика, потребовавшая установки ВАБК. Фракция выброса левого желудочка в среднем составляла $42,8 \pm 5,7\%$.

По данным коронарографии поражение ствола левой коронарной артерии в устье выявлено у 20 (21,7%) пациентов, поражение «тела» ствола — у 16 (17,4%), бифуркационное поражение ствола — у 57 (60,9%). Мультифокальное поражение коронарного русла диагностировано у 81 (86,9%) пациентов. Поражение СЛКА сочеталось с гемодинамически значимым сужением двух коронарных артерий у 56 пациентов, трех коронарных артерий — у 28 пациентов. Поражение правой коронарной артерии имелось в 44 (47,8%) случаях.

Всего у 93 пациентов проведены вмешательства на 197 сосудах (в среднем 2,0 на одного пациента). Имплантировано 205 стента (в среднем 2,26 на одного пациента). Всем пациентам выполнено прямое стентирование СЛКА, из них бифуркационное (V- или T-стентирование, Crush-стентирование, Culotte-стентирование) у 48 (51,6%) случаях «истинного» бифуркационного поражения выполнено 2-х стентовая методика

стентирования. В 24 (25,8%) случаях стентирование СЛКА дополнено стентированием передней межжелудочковой ветви в средней и/или дистальной трети, в 21 (22,6%) случаях при локализации ишемизированных зон по заднебоковым отделам левого желудочка - стентированием правой коронарной артерии.

Результаты: После проведения эндоваскулярного лечения 21 пациентов с нестабильной стенокардией 6 (28,6%) относились к 0—I ФК стенокардии, у 14 (66,7%) пациентов диагностирован II ФК стенокардии и у 1 (4,7%) пациента — III ФК. У пациентов с ОИМ после эндоваскулярной реваскуляризации отмечается стабилизация гемодинамики, положительная динамика на ЭКГ, уменьшение зон гипо- и акинеза, увеличение ФВ при ЭхоКС, улучшение перфузии миокарда по данным ОФЭКТ. Летальный исход 1 пациент.

Выводы: Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при ОКС, обусловленном поражением ствола левой коронарной артерии, являются эффективным и безопасным методом реваскуляризации миокарда. У пациентов с развившимся ИМ при поражении ствола левой коронарной артерии эти вмешательства являются методом выбора. Сочетание эндоваскулярной реваскуляризации миокарда и ВАБК позволяет улучшить результаты лечения осложненных форм ОКС.

КАРОТИДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ И ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ КАК
ВЗАИМОДОПОЛНЯЮЩИЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА
ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

ХРИПУН А.В., МАЛЕВАННЫЙ М.В., ДЮЖИКОВ А. А., ГУСНАЙ М. В. ФОМЕНКО Е.П,
ЛАВНИК Д.В., ДЕМИНА А.В., КУЛИКОВСКИХ Я.В., КАРПЕНКО С.В.

Областной сосудистый центр ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель: проанализировать результаты сочетанного применения в одном лечебном учреждении методик каротидного стентирования и эндартерэктомии у пациентов с атеросклеротическим поражением шейного сегмента внутренней сонной артерии (ВСА) в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы данные 1014 пациентов с атеросклеротическим поражением шейного сегмента внутренней сонной артерии за период 2007-2015 гг. В зависимости от метода каротидной реваскуляризации все пациенты были разделены на две группы: группа стентирования внутренней сонной артерии (532 чел.) и группа каротидной эндартерэктомии (482 чел.). Группы были сопоставимы по возрастным, половым показателям. Средний возраст пациентов в I группе составил $65,3 \pm 7,5$ лет (от 47 до 82 лет). Во II группе средний возраст составил $64,3 \pm 8,2$ (от 48 до 76 лет). Мужчин в исследование включено 775 (76,4%), женщин 239 (23,6%). В группе стентирования статистически достоверно было больше пациентов с сопутствующей патологией: инфарктом миокарда в анамнезе, со значимым поражением коронарного русла (по данным коронарографии, 31,8% против 5,3%, $p < 0.001$), хронической обструктивной болезнью легких (12,4% против 3,5%, $p = 0.004$). В первой группе также присутствовало больше больных, которые перенесли в анамнезе ишемический инсульт в бассейне ипсилатеральной ВСА. В группе стентирования внутренней сонной артерии было больше пациентов с симптомным поражением ВСА (65,3% и 32,4%, $p = 0.314$). При этом стентирование внутренней сонной артерии в 48% случаев выполнялось в остром периоде нарушения мозгового кровообращения. Стентирование ВСА проводилось под местной анестезией в 100% случаев. Защита головного мозга от эмболии применялась во всех случаях стентирования, из них у 482 (90,6%) пациентов использовалась система проксимальной защиты. Каротидная эндартерэктомия проводилась под общей анестезией у всех пациентов. Временный шунт применялся в 36,5% случаев. Вшивание в артериотомическое отверстие заплатки производилось в 31,3% случаев. Оценивались результаты каротидной реваскуляризации в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. В ближайшем

послеоперационном периоде (30 суток) результаты лечения оценивались по следующим конечным точкам: смерть, периоперационный инсульт, инфаркт миокарда, комбинированный показатель (смерть, инсульт, инфаркт), частота повреждения черепно-мозговых нервов, количество местных осложнений. Результаты оперативного лечения атеросклеротического поражения ВСА в отдаленном послеоперационном периоде, который в среднем составил 16.4 ± 9.5 месяцев (диапазон от 5 до 54 мес.), оценивались по следующим конечным точкам: смерть, инсульт, инфаркт миокарда, а также количество рестенозов ВСА $\geq 70\%$ (или окклюзий).

Результаты: статистически значимой разницы по таким конечным точкам, как смерть, инсульт, инфаркт миокарда, а также комбинированному показателю (смерть, инсульт, инфаркт) и количеству местных осложнений между двумя методиками каротидной реваскуляризации в ближайшем (до 30 суток) послеоперационном периоде выявлено не было. Два летальных исхода, наблюдаемых в группе каротидной эндартерэктомии, произошли вследствие острого инфаркта миокарда и большого ипсилатерального инсульта. Один летальный исход в группе стентирования внутренней сонной артерии произошел в следствии гиперперфузионных кровоизлияний в головной мозг. Группы достоверно отличались по частоте повреждения черепно-мозговых нервов (0% в группе каротидного стентирования против 4.1% в группе КЭЭ, $p=0.015$). В отдаленном послеоперационном периоде летальных исходов в обеих группах не зарегистрировано, группы также не отличались по количеству инсультов и инфарктов, частоте рестенозов/окклюзий ВСА.

Обсуждение: полученные результаты можно объяснить отсутствием противопоставления двух методик каротидной реваскуляризации в нашем лечебном учреждении, отбором пациентов на тот или иной метод каротидной реваскуляризации с учетом рисков вмешательства на основании сопутствующей патологии, анатомических особенностей больного, характера поражения, а также применением во время стентирования в 90.6% случаев системы проксимальной защиты от эмболии.

Выводы: комбинированное применение КЭЭ и каротидного стентирования в одном лечебном учреждении позволяет получать сопоставимо низкие показатели «смерти, инфаркта, инсульта» в ближайшем послеоперационном периоде, которые численно ниже показателей, приводимых в крупных рандомизированных исследованиях (2.3% против 5.2% (CREST) при стентировании, 2.9% против 4.5% (CREST) при КЭЭ), снизить общую частоту «смерти, инсульта, инфаркта» в ближайшем послеоперационном периоде (0.29% для всех пациентов в исследовании и 0.45% для симптомных больных против 3.3% показателя «смерть, инсульт» в исследовании NASCET), получать сопоставимо низкие

показатели смерти, инфаркта или инсульта в отдаленном послеоперационном периоде, расширить возможности каротидной реваскуляризации при наличии лимитирующих факторов каждой из методик.

ОТКРЫТАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ ИЗ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ФЛОТИРУЮЩИХ ГЛУБОКИХ ФЛЕБОТРОМБОЗАХ

ХУБУЛАВА Г.Г., ГАВРИЛОВ Е.К., ТАРАСОВ В.А., ВЕРЖАК И.В., ЛАРИН И.А.,
АЛБОРОВ Ю.Р.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 1 кафедра хирургии усовершенствования
врачей им. П.А. Куприянова, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель: выработать оптимальную тактику при удалении флотирующих тромбов из глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы: за период сентябрь 2008 по сентябрь 2014 гг в клинике ХУВ-1 ВМедА произведено 84 открытых тромбэктомий при флотирующих флеботромбозах нижних конечностей. Верхушка тромба в 44% случаев локализовалась в подвздошно-бедренном сегменте, также в 44% - в общей и поверхностной бедренной вене, и в 12% - в бедренно-подколенном сегменте. Длина флотирующего элемента до 4 см наблюдалась у 2 пациентов (2,4%), от 4 до 8 см - у 44 пациентов (52,4%), и свыше 8 см длиной - у 38 больных (45,2%). у 16 пациентов (19%) при поступлении, помимо флотирующего тромба в магистральной вене нижней конечности, уже имелись признаки ТЭЛА, и у 5 пациентов (6%) - рецидивирующей ТЭЛА.

Результаты и обсуждение: 63 пациентам первым этапом осуществлена имплантация съемного кава-фильтра (Opt Easy, Cordis, USA), затем в течение 24-48 часов выполнялась тромбэктомия из глубоких вен нижних конечностей. 5 пациентам в срок до 45 суток кава-фильтр снят, у остальных 58 - оставлен в постоянной позиции. При этом эмболия в кава-фильтр до проведения тромбэктомии случилась у 2 этих пациентов (3%). 21 пациенту применялась тактика без использования кава-фильтра - производилась тромбэктомия и пликация магистральной вены. В отдаленном периоде (6 мес - 5 лет) обследованы 71 пациент (84,5%). Тромбоз кава-фильтра и рецидивирующий тромбоз глубоких вен произошел у 13 пациентов (15,4%) в группе где был оставлен кава-фильтр в постоянной позиции.

Вывод: сочетанное применение кава-фильтров и тромбэктомии из глубоких вен нижних конечностей при флотирующих флеботромбозах сопровождается до 15 % в отдаленном периоде тромбозом фильтра и рецидивирующим тромбозом глубоких вен. Оптимальным способом хирургического лечения флотирующих тромбозов вен нижних конечностей является открытая тромбэктомия с проведением пликации магистральной вены.

ЛИНЕЙНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ПОДВЗДОШНЫХ И БЕДРЕННЫХ ВЕН

ХУБУЛАВА Г.Г., ГАВРИЛОВ Е.К., ВЕРЖАК И.В., ЛАРИН И.В., АЛБОРОВ Ю.Р.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 1 кафедра хирургии усовершенствования
врачей им. П.А. Куприянова, г.Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить ближайшие и отдаленные результаты операций линейного шунтирования при посттромботических окклюзиях подвздошных и бедренных вен.

Материал и методы: с сентября 2012 г. по май 2014 г. в клинике хирургии усовершенствования врачей №1 им. П.А. Куприянова ВМедА в плановом порядке по поводу окклюзионных посттромботических поражений подвздошно-бедренного сегмента глубоких вен прооперировано 5 пациентов. 3 пациента имели окклюзию наружной подвздошной вены, 2 пациента - общей бедренной вены. У всех пациентов имелась варикозная форма посттромботической болезни с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности (ХВН): постоянный отек нижних конечностей имелся у всех пациентов, трофические нарушения кожи и подкожно-жировой клетчатки - у 4, в том числе трофические язвы голеней у 3 пациентов. Предоперационное обследование включало тщательное ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС), восходящую бедренную и нисходящую подвздошную флебографию. Нецелесообразность выполнения традиционной в этих случаях операции Пальма диктовалась отсутствием пригодной для транспозиции большой подкожной вены (БПВ), наличием варикозно трансформированных естественных надлобковых шунтов. Троице пациентам произведено подвздошно-бедренное шунтирование ПТФЭ протезом, двоим пациентам - резекция бедренной вены и протезирование аутовеной (БПВ контралатеральной конечности). Также в ходе комбинированных оперативных вмешательств после выполнения реконструктивного этапа следовали этапы по удалению варикозно расширенных подкожных вен, перевязке несостоятельных перфорантных вен.

Результаты: послеоперационный период протекал гладко: инфекционных осложнений отмечено не было, 1 случай преходящей парестезии, швы сняты на 8-10 сутки. Длительность нахождения в стационаре 5-7 дней. Проходимость шунтов, наложенных анастомозов контролировалась в ходе УЗАС на 5,10, 14 сутки. У 4 пациентов отмечалась полная проходимость, у 1 пациентки в ранний срок на 5 сутки отмечено появление неокклюзирующего тромбоза ПТФЭ шунта, не потребовавшего выполнения тромбэктомии. Оценку ближайших и отдаленных результатов производили на основании степени ХВН, проходимости шунтов и анастомозов на 1,3,6,12,24 месяц. В частности с 6

мес и далее у всех пациентов отмечена полная проходимость шунтов, а степень ХВН на момент контрольного осмотра характеризовалась как 0-1 ст.

Вывод: операции линейного шунтирования ПТФЭ протезом или резекции бедренной вены и протезирования аутовеной могут являться эффективным методом хирургического лечения пациентов с посттромботическими окклюзиями бедренно-подвздошного сегмента глубоких вен, которые позволяют устранить варикозный синдром, значительно уменьшить явления ХВН.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

ЦАРЕВ О.А., АНИСИМОВ А.Ю., КОРОБОВ А.В.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского Минздрава России, г.Саратов, Россия

Цель исследования: изучить особенности хирургической тактики у больных острым варикотромбофлебитом (ОВТФ) с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Материал и методы: проанализированы ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 94 больных острым восходящим варикотромбофлебитом, которым по экстренным показаниям выполнена операция Троянова-Тренделенбурга.

У всех оперированных пациентов были изучены фенотипические признаки НДСТ. Выявление у одного пациента свыше четырех фенотипических признаков НДСТ считали подтверждением недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

При определении хирургической тактики особое внимание уделяли ультразвуковому дуплексному сканированию вен нижних конечностей.

Операцию Троянова-Тренделенбурга выполняли при наличии флотирующего тромба в просвете большой подкожной вены (БПВ), а также при распространении тромботических масс в БПВ до верхней трети бедра и выше.

Проанализированы отдаленные результаты.

Результаты: более четырех фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани было выявлено у 70 (74,5%) больных, оперированных по поводу острого варикотромбофлебита, что свидетельствовало о наличии НДСТ различной степени выраженности.

По данным ультразвукового дуплексного сканирования вен у 22 (31,4%) больных острым варикотромбофлебитом с недифференцированной дисплазией соединительной ткани было выявлено несоответствие локализации местных клинических проявлений ОВТФ и проксимальной части тромба в просвете большой подкожной вены.

У 17 (77,3%) с несоответствием местных клинических проявлений варикотромбофлебита и проксимальной части тромба было выявлено более восьми фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

У 26 (37,1%) больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани в отдаленные сроки наблюдения после операции Троянова-Тренделенбурга развился рецидив варикотромбофлебита.

У 4 (15,4%) больных рецидив варикотромбофлебита сопровождался распространением тромботических масс на перфорантные вены голени, что создало реальную угрозу тромбоэмболии легочной артерии, потребовало экстренной флебэктомии в условиях острого воспаления тканей с лигированием перфорантных вен.

Рецидивов варикотромбофлебита в группе больных без недифференцированной дисплазии соединительной ткани в отдаленные сроки наблюдения выявлено не было.

У 66 (94,3%) больным с недифференцированной дисплазией соединительной ткани в отдаленные сроки наблюдения после операции Троянова-Тренделенбурга была выполнена флебэктомия, поскольку сохранялись патологический вертикальный и горизонтальный рефлюксы.

Из 24 больных без НДСТ после операции Троянова-Тренделенбурга в отдаленные сроки наблюдения лишь четверем (16,7%) – потребовался второй этап хирургического лечения, поскольку у 20 (83,3%) пациентов данной группы, через 6 месяцев после устранения в экстренном порядке патологического вертикального венозного рефлюкса отмечено восстановление функциональной состоятельности клапанного аппарата большой подкожной вены на фоне существенного уменьшения ее диаметра.

Обсуждение: на основании исследования фенотипических признаков НДСТ можно выделить группу больных, имеющих высокую вероятность несоответствия местных клинических проявлений острого варикотромбофлебита и проксимальной части тромба в просвете большой подкожной вены для динамического ультразвукового контроля состояния тромба и своевременного решения вопроса о необходимости экстренной операции Троянова-Тренделенбурга.

Клиническое течение острого варикотромбофлебита у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани отличается склонностью к прогрессированию тромботического поражения вен с флотацией тромба, а также несоответствием проксимальной границы тромба уровню местных проявлений варикотромбофлебита, тенденцией к рецидивирующему течению.

Вывод: при решении вопроса экстренного разобщения сафенофemorального соустья у больных острым варикотромбофлебитом, а также выборе тактики хирургического лечения в отдаленные сроки наблюдения целесообразно исследовать фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

НЕИНВАЗИВНЫЙ МОНИТОРИНГ НАРУШЕНИЙ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ

ЦАРЕВ О.А., ПРОКИН Ф.Г., АНИСИМОВ А.Ю.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского Минздрава России, г.Саратов, Россия

Одним из эффективных методов предотвращения тромбоэмболических осложнений является своевременная диагностика и коррекция нарушений реологических свойств крови, что требует совершенствования неинвазивных методов мониторинга показателей вязкостных свойств крови, которые можно использовать для самоконтроля.

Цель исследования: разработать метод и устройство для неинвазивного мониторинга показателей, характеризующих реологические свойства крови по параметрам пульсовой волны магистральных артерий.

Материал и методы: проведены теоретические, экспериментальные и клинические исследования взаимосвязи параметров пульсовой волны магистральных артерий с показателями, характеризующими реологические свойства крови.

Теоретический анализ проводили с использованием гидродинамической модели кровеносной системы О. Франка (1899), экспериментальные – с использованием модели сосудистого русла. Проведено 140 экспериментов.

В клинических исследованиях были изучены взаимосвязи параметров пульсовой волны лучевой артерии с вязкостью крови и гематокритом у 100 больных.

Результаты: в результате теоретических расчетов было установлено, что вязкость крови может оказывать существенное влияние на форму пульсовой волны.

Исследования с использованием модели сосудистого русла позволили установить взаимосвязь вязкости крови и формы пульсовой волны. Установлено, что располагая набором заранее известных временных зависимостей колебаний, называемых калибровочными кривыми, можно оценить значение вязкости крови, протекающей по сосуду.

В результате клинических исследований выявлены взаимосвязи параметров пульсовой волны, скорости ее распространения, систолического, диастолического артериального давления, вязкости крови и гематокрита.

На основании проведенных исследований разработан неинвазивный способ определения вязкости крови и гематокрита, отличающийся тем, что у пациента регистрируют пульсовую волну магистральной артерии на двух уровнях конечности. Определяют амплитуду пульсовой волны, длительность ее заднего фронта, скорость

распространения пульсовой волны. Измеряют систолическое и диастолическое артериальное давление. Производят расчет вязкости крови и гематокрита путем математической обработки полученных данных.

На основании результатов исследования создано автоматизированное устройство (патент №110947), которое позволяет неинвазивно контролировать вязкость крови, гематокрит, артериальное давление, частоту пульса, скорость распространения пульсовой волны.

Устройство состоит из анализатора, двух регистраторов пульсовой волны, двух пневматических манжет, двух микрокомпрессоров, электронного курвиметра и дисплея. Координацию работы устройства обеспечивает оригинальная программа «Пульс 2».

Обсуждение: разработанное устройство позволяет производить неинвазивное определение вязкости крови, гематокрита, артериального давления, частоты пульса как в стационарных, так и в домашних условиях. Устройство позволяет на основании интегральной оценки контролируемых параметров в реальном масштабе времени оценить степень риска тромботических осложнений.

Раннее выявление нарушений реологических свойств крови позволяет выделять группу пациентов с высоким риском тромбоэмболических осложнений для своевременного профилактического лечения.

Вывод: внедрение в клиническую практику разработанного устройства для неинвазивного мониторинга вязкости крови, гематокрита, артериального давления, частоты пульса, скорости распространения пульсовой волны открывает новые возможности диагностики и профилактики тромбоэмболических осложнений, улучшения результатов лечения больных.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА У БОЛЬНЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

ЦАРЕВ О.А., АНИСИМОВ А.Ю., КОРОБОВ А.В.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского Минздрава России, г.Саратов, Россия

Цель исследования: изучить особенности клинического течения острого варикотромбофлебита (ОВТФ) у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Материал и методы: проанализированы клинические проявления острого варикотромбофлебита (ОВТФ) у 94 больных, которым по экстренным показаниям была выполнена операция Троянова–Тренделенбурга.

Диагноз варикотромбофлебита был подтвержден дуплексным сканированием вен нижних конечностей. Исследовали состояние венозной стенки, локализацию тромба его структуру, наличие свободной флотирующей части тромба. Оценивали функциональное состояние клапанов вен в условиях пробы Вальсальвы.

Показанием к операции Троянова-Тренделенбурга считали наличие флотирующего тромба в просвете большой подкожно вены (БПВ), а также наличие тромба в большой подкожной вене на уровне верхней трети бедра и выше.

Оценку степени выраженности недифференцированной дисплазии соединительной ткани проводили интегральным методом. Были изучены фенотипические признаки НДСТ. Выявление у одного пациента свыше четырех фенотипических признаков НДСТ считали подтверждением недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Результаты: у 70 (74,5%) больных было выявлено у более 4 фенотипических признаков НДСТ, что свидетельствовало о наличии НДСТ различной степени выраженности. У 24 (22,5%) оперированных пациентов недифференцированной дисплазии соединительной ткани не было. Местные клинические проявления острого варикотромбофлебита у больных с НДСТ и без НДСТ не отличались.

У 15 (15,9%) оперированных больных был выявлен флотирующий тромб в просвете БПВ на уровне средней трети бедра длиной $4,1 \pm 0,9$ см. Флотирующая часть тромба имела неоднородную ячеистую структуру.

Из 15 больных с флотацией тромба у 11 (73,3%) была НДСТ. У 79 (84,1%) было выявлено распространение тромботических масс до створок остиального клапана. Флотации тромба в бедренной вене, а также наличия тромботических масс в просвете малой подкожной, глубоких и перфорантных венах нижних конечностей выявлено не

было.

У 22 (31,4%) больных ОВТФ с НДСТ по данным ультразвукового дуплексного сканирования выявлено несоответствие локализации местных клинических проявлений ОВТФ уровню проксимальной части тромба. Тромб в проксимальном направлении распространялся в просвете БПВ на $7,3 \pm 1,2$ см. выше местных клинических проявлений ОВТФ, создавая реальную угрозу миграции тромботических масс через сафенофemorальное соустье с тромбоэмболией легочной артерии.

Обсуждение: при определении плана обследования, а также тактики хирургического лечения больных варикотромбофлебитом следует учитывать наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Анализ фенотипических признаков, характеризующих особенности строения соединительной ткани у больных варикотромбофлебитом, может быть одним из методов для выделения группы пациентов, требующих детального динамического ультразвукового мониторинга проксимальной границы тромба для своевременного решения вопроса о необходимости разобщения сафенофemorального соустья.

Вывод: клиническое течение острого варикотромбофлебита у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани отличается склонностью к прогрессированию тромботического поражения вен с флотацией тромба в просвете большой подкожной вены, а также несоответствием проксимальной границы тромба уровню местных проявлений варикотромбофлебита.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ШАТАЛОВА О.В.¹, МАСЛАКОВ А.С.¹, ГОРБАТЕНКО В.С.¹, ШАТАЛОВ А.А.²

¹ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Волгоград, Россия; ²НУЗ "ОКБ на станции Волгоград-1 ОАО "РЖД", г.Волгоград, Россия

Цель: Оценить динамику показателей гемостаза у пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Материалы и методы: Выполнено простое открытое рандомизированное сравнительное исследование в параллельных группах длительностью 24 недели. Включенные в исследование пациенты были рандомизированы на группу ривароксабана и группу стандартной терапии (эноксапарин/варфарин) с последующей стратификацией по риску развития кровотечений с использованием шкалы HAS-BLED. В течение исследования пациентами было совершено 5 контрольных визитов. Мониторинг показателей гемостаза включал в себя определение протромбинового времени с использованием реактива Neoplastin и расчет показателя международного нормализованного отношения (МНО).

Результаты: В исследование было включено 62 пациента, которые сформировали следующие страты: в группе ривароксабана (n=32): страта 1 - высокого риска кровотечений (n=15), страта 2 - низкого риска кровотечений (n=17); в группе стандартной терапии (=30): страта 3 - высокого риска кровотечений (n=15), страта 4 - низкого риска кровотечений (n=15).

При определении протромбинового времени отмечалось дозозависимое увеличение протромбинового времени во всех стратах, что говорит о достижении гипокоагуляции на фоне терапии антикоагулянтами (как варфарина, так и ривароксабана). Медиана протромбинового времени составила в страте 1 20,3 с (13; 25,3), в страте 2 - 18,8 с (10,8; 23,4), в страте 3 - 21,5 с (15,2; 28,6) и в страте 4 - 21 с (14,7; 25,8). Таким образом, максимальное удлинение протромбинового времени было характерно для пациентов, получавших варфарин (страты 3 и 4).

Лабораторный контроль МНО осуществлялся в стратах 3 и 4 с целью расчета и контроля поддерживающей дозы варфарина для нахождения в целевом диапазоне 2,0-3,0. Время нахождения МНО в "терапевтическом окне" для страты 3 составило 52%, для страты 4 - 55%.

Для пациентов с высоким риском развития кровотечений на визитах 2, 3 и 5 отмечена тенденция к более высокому значению МНО и приближению к верхней границе целевого

диапазона: на визите №2 - 2,7 (2,3; 3,68) vs 2,54 (2,03; 2,9), $p=0,058$; на визите №3 - 2,87 (2,48; 3,74) vs 2,31 (1,98; 2,87), $p=0,054$; на визите №5 - 2,63 (2,24; 3,4) vs 2,46 (2,0; 2,96), $p=0,08$. На визите №4 отмечена обратная тенденция к увеличению медианы МНО в страте низкого риска по отношению к страте высокого риска геморрагических осложнений: 2,39 (1,87; 2,96) vs 2,85 (2,47; 3,42), $p=0,09$.

Обсуждение: Терапия ривароксабаном характеризуется стабильным гипокоагуляционным действием, что находит свое подтверждение при контроле протромбинового времени. Анализ полученных результатов показал, что средние значения протромбинового времени в стратах 1 и 2 составили 20,3 и 18,8 с соответственно.

Контроль терапии варфарином в стратах 3 и 4 осуществлялся с помощью мониторинга значений МНО. Несмотря на то, что титрация дозы варфарина осуществлялась в 78% и 62% случаях в стратах 3 и 4 соответственно, время нахождения МНО в "терапевтическом окне" (TTR) составило 52% и 55%. Столь низкое значение времени нахождения МНО в "терапевтическом окне" можно объяснить особенностями механизма действия варфарина, непредсказуемостью фармакокинетического и фармакодинамического ответа, наличием большого числа межлекарственных взаимодействий. На значение данного показателя влияет не только готовность пациента следовать предписанному лечению, но и наличие сопутствующей патологии, подразумевающей прием большого количества препаратов, в результате чего достигнуть целевого значения МНО становится труднее.

Выводы: 1. Медиана протромбинового времени на протяжении исследования составила в страте 1 20,3 с, в страте 2 - 18,8 с, в страте 3 - 21,5 с, в страте 4 - 21 с.
2. Среди пациентов, получавших варфарин, время нахождения МНО в "терапевтическом окне" составило для страты высокого риска кровотечений 52%, для страты низкого риска кровотечений - 55%.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ФЛЕБОТРОМБОЗАХ ИНФРАИНГВИНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.

ШИЛОВ Р.В., ЛАРЬКОВ Р.Н., КОЛЕСНИКОВ Ю.Ю., ЗАГАРОВ С.С., ЛАЗАРЕВ Р.А.,
ВУЛЬФ В.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, г.Москва, Россия

Цель: определение лечебной тактики при флотирующих тромбозах в системе нижней полой вены с целью профилактики тромбоэмболии лёгочной артерии.

Материалы и методы: с 2003 по 2016 годы в отделении сосудистой хирургии на стационарном лечении находилось 324 пациента с наличием флотирующего тромба в системе нижней полой вены, из них 182 пациента с флеботромбозами ниже паховой складки. Наиболее важным методом диагностики данных поражений является ультразвуковое дуплексное сканирование нижней полой вены, подвздошных вен и вен нижних конечностей, позволяющее определить: 1) локализацию тромбоза; 2) характер тромбоза; 3) наличие и протяженность флотирующего фрагмента тромба и характер флотации. Мы разработали хирургическую тактику лечения пациентов, на основании клинической картины и ультразвуковых критериях и характеристиках тромбозов. Нами выделены следующие варианты флотации тромба: полная флотация и частичная флотация. Ультразвуковым критерием полной флотации мы считали тромб, который свободно расположен в просвете вены с наличием асинхронного движения со стенкой вены в поперечном направлении по отношению к оси сосуда. Тромб расценивался как частично флотирующий, когда имелось прикрепление флотирующей верхушки тромба хотя бы в одном месте. Критериями эмболоопасного тромба нами считалось наличие флотирующей части тромба более 30 мм при полной флотации. Показанием к проведению хирургического лечения считалось выявление эмболоопасного тромба (140 пациентов). 1. При флотирующем тромбе в общей бедренной вене, исходящем из большой подкожной вены, выполнялась тромбэктомия из общей бедренной вены с кроссэктомией (33 пациента); 2. При эмболоопасном тромбе общей бедренной вены, исходящем из поверхностной бедренной вены выполнялась тромбэктомия из общей бедренной вены с перевязкой рассасывающейся нитью поверхностной бедренной вены в месте слияния с глубокой веной бедра (50 пациентов); 3. При эмболоопасном тромбе в венах голени, подколенной вене и поверхностной бедренной вене выполнялось изолированное лигирование рассасывающейся нитью поверхностной бедренной вены (25 пациентов); 4. Показанием к кроссэктомии либо лигированию малой подкожной вены в области сафено-поплитеального соустья считалась флотация тромба в большой и/или малой подкожных венах (32 пациента). 42 пациентам проводилась консервативная терапия, из них у 33

пациентов выявлена частичная флотация тромба и 9 пациентов, длина флотирующего участка тромба была менее 30 мм).

Результаты: летальных исходов и ТЭЛА в интра- и раннем послеоперационном периоде не отмечено. В 3х случаях выявлен ретромбоз общей бедренной вены через 3 мес. после тромбэктомии (3,6%). В отдаленном послеоперационном периоде ТЭЛА зарегистрировано не было. Среди пациентов, получавших консервативное лечение, развития ТЭЛА также не отмечено.

Обсуждение: важно отметить, что при контрольном ультразвуковом дуплексном сканировании глубоких вен нижних конечностей у пациентов с перевязанной поверхностной бедренной веной (75 пациентов) в сроки наблюдения более 6 месяцев, нами было выявлено, что только у 24 (32%) пациентов сохранялась окклюзия поверхностной бедренной вены, у 18 (24%) пациентов отмечено частичное восстановление просвета вены и у 33 (44%) пациентов произошла реканализация с восстановлением просвета и кровотока по поверхностной бедренной вене в месте ее лигирования рассасывающимся шовным материалом.

Заключение: при эмболоопасных флотирующих тромбах инфраингвинальной зоны различные виды хирургического лечения флеботромбозов являются эффективным методом профилактики ТЭЛА. Лигирование поверхностной бедренной вены целесообразно выполнять рассасывающимся шовным материалом, это позволяет ожидать реканализации поверхностной бедренной вены. А при длине флотирующего участка тромба менее 30 мм и/или частичной флотации тромба рекомендовано проведение консервативной терапии.