

© Serebryanskiy Y.B., Staroverov I.N., Byrikhin E.N., Larionov N.A., 2008.

Серебрянский Ю.Б., Староверов И.Н., Бырихин Е.Н., Ларионов Н.А.
ПРОФИЛАКТИКА ЛЁГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ
ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ РИСКА
РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Областная клиническая больница, Ярославль, Россия

Реферат:

Выполнен ретроспективный анализ 95 историй болезни пациентов с высоким риском тромбозэмболии легочной артерии, проходивших лечение в многопрофильном стационаре скорой помощи. Рассмотрены результаты различных тактических подходов в лечении этой группы больных.

Ключевые слова: легочная эмболия, венозный тромбоз, тромбэктомия, терапия.

Тромбозэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА), ежегодно приводит к гибели 0,1% населения земного шара, является третьей по частоте причиной смерти населения от сердечно-сосудистых заболеваний после инфаркта миокарда и инсульта. В России ежегодно венозный тромбоз возникает у четверти миллиона человек, у 100 000 из них развивается ТЭЛА (Савельев В.С., Бокарев И.Н. 2006). Каждый третий пациент при этом погибает. Поэтому, венозный тромбоз и легочная эмболия в последнее время абсолютно оправдано рассматриваются как «венозная тромбозэмболическая болезнь» (ВТБ).

При своевременной диагностике и адекватном лечении ВТБ летальность не превышает 10%, тогда как, лечебно-диагностические ошибки повышают летальность более чем в 4 раза (K. Grosser, 1980).

Выполнен анализ 95 историй болезни пациентов многопрофильной клиники скорой помощи с ВТБ. По отраслевым стандартам "Протокол ведения больных. Профилактика тромбозэмболии лёгочной артерии при хирургических и иных вмешательствах." все пациенты были с высокой степенью риска по ТЭЛА. Мужчин было – 43 (45%), женщин – 52 (55%). Средний возраст пациентов составил 68 лет (от 22 до 96 лет). Пациенты с травмами опорно-двигательного аппарата составили – 71(75%), проходили лечение в терапевтическом стационаре – 24(25%). Терапевтическая патология в виде ИБС, гипертензивной болезни, сахарного диабета, ХОБЛ, ожирения была у 64 пациентов (67%), причём в моноварианте - только у 19 (20%). В комплекс обследования наряду с клиническими методами входили гемостазиограмма и дуплексное сканирование, КТ ангиография с контрастным усилением. Дуплексное сканирование, выполненное функциональным диагностом, специализирующимся на исследовании сосудов, позволило эффективно диагностировать венозный тромбоз и его эмболоопасные (флотирующие) формы. Из 95 пациентов с ВТБ клинически диагноз ТЭЛА выставлен в 62 (65%) случаях, из них тромбозэмболия стала причиной смерти у 56 пациентов.

Патоморфологическое исследование выполнено в 29 случаях. Из них только в 18 (62%) случаях диагноз ТЭЛА подтвердился. Профилактические мероприятия в полном объеме у больных с фатальной ТЭЛА проводились только в половине случаев. Операция по поводу венозного тромбоза выполнена у 27 больных. Средний возраст пациентов составил 60 лет (от 28 до 84 лет).

Контрольная ультразвукография выполнена на 3-7 день после операции. В 3 наблюдениях отмечен двусторонний тромбоз глубоких вен с односторонней флотацией головки тромба.

До выполнения профилактической операции нефатальную ТЭЛА перенесли 3 пациента. В 4 случаях была выполнена установка кавафилтра в инфраренальную позицию. У 23 пациентов выполнены операции тромбэктомии, пликации, перевязки магистральных вен. Только в 2 случаях выполнены сочетанные операции. У остальных оперированных пациентов ортопедические и сосудистые операции выполнялись последовательно. Все пациенты получали гепарин в профилактических и лечебных дозах, эластическую компрессию, флеботоники. После операции в 3 случаях (13%) отмечено нарастание тромбоза в проксимальном направлении. У одного пациента это потребовало повторной операции. У 2 больных нарастание тромбоза протекало без флотации. Погибло 2 пациента от прогрессирования сопутствующей терапевтической патологии. Анализ результатов лечения эмболоопасного тромбоза в системе нижней поллой вены показал высокую эффективность профилактических операций. Ни у одного пациента после операции не было ТЭЛА.

Случаи нарастания тромбоза в проксимальном направлении связаны с неадекватным объемом операции и прогрессированием нарушений гемостаза. С другой стороны, выжидательная тактика у 2х пациенток с тромбозом высокой степени флотации привела к фатальной тромбозэмболии. Ключевым моментом в определении тактики лечения пациента с эмболоопасным тромбозом является дуплексное сканирование, выполненное квалифицированным врачом. Динамическое наблюдение с выполнением дуплексного сканирования позволяет аргументировано принять правильное тактическое решение. Особую группу составляют пациенты с тромбозом глубоких вен, готовые на восстановительную ортопедическую операцию. Им необходимо выполнение одномоментной операции.

Первым этапом выполняется вмешательство на тромбированных венозных магистралах, затем ортопедический этап. Показания к сосудистой операции должны выставляться вне зависимости от вида тромбоза. Выполнение профилактических операций оправдано у пациентов с эпизодами ТЭЛА вне зависимости о наличия флотации. Дополнительным аргументом в пользу оперативного лечения служит необходимость предотвращения тяжёлых форм хронической венозной недостаточности у больных трудоспособного возраста. Все пациенты должны получать лечебные дозы НМГ, эластическую компрессию и лечебную физкультуру. Необ-

Contact Information:

Dr. Serebryanskiy Y.B.,

E-Mail: angiojet@rambler.ru

ходима ранняя мобилизация больного в раннем послеоперационном периоде. Мониторинг гемостазиограммы в послеоперационном периоде необходим для проведения адекватного объема гепаринотерапии.

Таким образом, пациенты с тяжелой терапевтической патологией, не получающие должного профилактического лечения имеют высокий риск гибели от легочной эмболии.

Гипердиагностика ТЭЛА, как причины смерти у этой группы пациентов, характеризует недостаточно

внимательное отношение лечащих врачей к этой проблеме.

Лечение ВТБ у пациентов с применением консервативных и хирургических методов профилактики ТЭЛА позволяет эффективно предупреждать это грозное осложнение.

Своевременное привлечение к лечебно-диагностическим мероприятиям функционального диагноза, сосудистого хирурга является необходимым условием эффективного лечения этой тяжелой патологии.

Serebryanskiy Y.B., Staroverov I.N., Byrikhin E.N., Larionov N.A.

PREVENTIVE MAINTENANCE PULMONARY EMBOLISM AT PATIENTS OF A HIGH DEGREE OF RISK. RESULTS OF VARIOUS TACTICAL APPROACHES

Regional clinical hospital, Yaroslavl, Russia

ABSTRACT:

It is executed retrospective the analysis of 95 case records of patients with high risk of thromboembolism of the pulmonary artery, passed treatment in a versatile hospital of first aid. Results of various tactical approaches in treatment of this group of patients are considered.

Keywords: *pulmonary embolism, venous thrombosis, thrombectomy, therapy*

© Saharov V.Yu., Penina G.O., 2008.

В.Ю.Сахаров, Г.О.Пенина

РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ИНСУЛЬТА В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ – ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА

ГУ РК «Коми республиканская больница»,

Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», Сыктывкар, Россия

Реферат:

По предварительным данным, инсульты встречаются одинаково часто у мужчин и у женщин. Установлено, что среди мужчин преобладают лица трудоспособного возраста. Инсульты в Республике Коми чаще регистрируются в старших возрастных группах (после 60 лет). Соотношение ишемических и геморрагических инсультов в Республике Коми 6:1, существенно выше, чем в Российской Федерации. Наиболее распространенным фактором риска развития инсульта, по данным регистра, является артериальная гипертензия.

Ключевые слова: *инсульт, регистр, Республика Коми.*

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются одной из наиболее важных медико-социальных и экономических проблем. Это обусловлено их высокой распространенностью, высоким уровнем смертности среди населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности [1, 2, 5]. Ежегодно в мире инсульт переносят около 15 млн. человек и умирает около 5 млн. человек, многие миллионы людей становятся инвалидами [4, 6]. По данным Республиканского медико-аналитического центра (РМИАЦ) мозговые инсульты в Республике Коми в структуре цереброваскулярной патологии составляют 39,5% [3]. По данным Сыктывкарской службы скорой медицинской помощи в день происходит от 1 до 10 случаев инсульта (1000 - 1300 в год) [3]. Проблема борьбы с мозговым инсультом может найти оптимальное решение при одновременном развитии двух направлений: совершенствование оказания медицинской помощи больным с уже развившимся инсультом и активная первичная профилактика [1,2].

Статистико-эпидемиологические характеристики инсульта остаются недостаточно изученными. До на-

стоящего времени отсутствовали достоверные данные об эпидемиологии, структуре инсульта и в Республике Коми. Одним из наиболее информативных методов получения точных эпидемиологических и клинических данных является регистр мозгового инсульта.

Целью нашей работы было изучение основных эпидемиологических характеристик инсульта и исследование структуры инсульта у жителей Республики Коми, выявление наиболее значимых факторов риска развития инсульта в Республике Коми.

В Республике Коми с населением 974617 человек (на 01.01.2008г.) согласно Приказа МЗ РК № 7/134 от 27.07.2007 года с 01.01.2008г., начато ведение регионального регистра инсульта. Программный продукт «Региональный регистр инсульта» был разработан на основе Программы эпидемиологического мониторингирования «Популяционно-территориальный регистр инсульта», предложенной Национальной ассоциацией по борьбе с инсультом (НАБИ) в 2001 году [1]. Методом регистра инсульта изучали частоту, характер и исходы мозговых инсультов у жителей Республики Коми с 1 января по 30 июня 2008г. Результаты нашего исследования носят промежуточный, предварительный характер и включают результаты оценки состояния проблемы в республике за первые 6 месяцев работы Регистра.

Всего за первое полугодие 2008 года в Республике Коми зарегистрированы 918 случаев мозгового инсульта.

Contact Information:

Prof. Galina Penina

E-Mail: penkina.ru@rambler.ru