

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

Целью исследования было улучшить результаты диагностики, профилактики и лечения ТЭЛА.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 146 больных с диагнозом ТЭЛА, находившихся на стационарном лечении, в отделении кардиохирургии Запорожской областной клинической больницы в период с января 2013 по январь 2016 г.г. МСКТ ОГК была проведена 96 (65,8%), остальным – 49 (33,6%) селективная АПГ. Степень эмболии ветвей легочной артерии, по результатам АПГ, оценивали с помощью индекса Миллера, аналогичным способом оценивали степень эмболии по результатам МСКТ ОГК. Индекс Миллера от 1 до 16 – немассивная ТЭЛА, с 17 до 21 включительно – субмассивная, 22 и более – массивная ТЭЛА. ТЛТ при массивной и субмассивной ТЭЛА и отсутствии противопоказаний к тромболизису выполняли 113 (77,4%) пациентам. В остальных случаях, для лечения использовали только антикоагулянты проводили в остальных случаях, у 33 (22,6%) пациентов. Контрольную АПГ или МСКТ ОГК выполняли на 3–и – 4–е сутки после тромболизиса. Положительным результатом тромболизиса считали снижение индекса Миллера ниже 16 или полный лизис тромбоэмболов, нормальные показатели сатурации кислорода, артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, исчезновение одышки.

Результаты исследования и обсуждение. В группе тромболитической терапии, хороший результат лечения после первичного тромболизиса получен у 92 (81,4%) пациентов, 15 (13,3%) пациентам был проведен повторный тромболизис альтеплазой с хорошим клиническим эффектом. После использования тромболитической терапии из 113, 107 (94,7%) пациентов были выписаны из стационара с клиническим улучшением. У пациентов с лечением только антикоагулянтами положительный результат получено у 31 (93,9%) пациентов. В нашем исследовании 138 (94,6%) пациентов выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальность составила 5,5%, и при строгом выполнении профилактических мероприятий по предупреждению геморрагических осложнений и рецидивов ТЭЛА уровень летальности можно снизить значительно ниже.

Выводы

1. При тяжелой ТЭЛА, сопровождается гемодинамическим шоком, при угрозе кровотечения, при относительных противопоказаниях к тромболизису, целесообразнее использовать r-tPA чем стрептокиназу благодаря более быстрому лизису.

2. Для предупреждения геморрагических осложнений необходимо тщательное обследование пациентов для выявления возможных источников кровотечения и определения противопоказаний к ТЛТ.

Хірургічна профілактика венозного тромбоемболізму

А. О. Никоненко¹, Д. А. Буга², Є. В. Єрмолаєв², І. В. Перцов¹

¹Запорізький державний медичний університет,

²Запорізька медична академія післядипломної освіти

Актуальність: Актуальність проблеми обумовлена значною поширеністю тромбозів глибоких вен (ТГВ) з загрозою тромбоемболічних ускладнень. У 35,3 – 41,0% хворих, госпіталізованих з ТГВ в системі нижньої порожнистої вени, діагностується ембологенний характер тромбозу (Кириєнко А.І. і др., 2004 г.). Антикоагулянтна терапія сприяє обмеженню росту тромбу (Седова В.М., 2004 г.), але не завжди перешкоджає розвитку

посттромботичної хвороби (М.Р. Jaff, 2016 р.). При використанні лише консервативної терапії ТГВ частота летальних ТЕЛА складає 0,2% випадків, летальних – 1,3% (Куклин А.Г., 2004 г.), що обумовлює пошук нових (гібридна оперативна тромбектомія, L.Rodrigues, 2016 р.) та вдосконалення існуючих методів хірургічної профілактики тромбемболічних ускладнень при лікуванні ТГВ.

Мета: Проаналізувати безпосередні результати хірургічного лікування тромбозу глибоких вен та деталізувати показання до хірургічної венозної тромбектомії як методу профілактики тромбемболічних ускладнень.

Матеріали та методи: За період 2016–2017 роки досліджено 229 хворих, госпіталізованих у Центр судинної та ендovasкулярної хірургії Запорізької обласної клінічної лікарні з ТГВ. Для оцінки ризику ТЕЛА в групі досліджених в 2014 році 98 пацієнтів використовували діагностичний індекс «Geneva» (European Society of Cardiology, 2014). За даними УЗДС вен верифіковано локалізацію тромбу та визначено характер тромбозу (пристінковий, оклюзійний або флотуючий). На основі аналізу розробленого протоколу УЗДС визначались критерії ембологенного флотуючого тромбу та показання до венозної тромбектомії (довжина більш ніж 40 мм в незалежності від його діаметру та строків захворювання).

Серед хірургічних методів лікування виконували: відкриту венозну тромбектомію / тромбектомію з одномоментною перев'язкою або сегментарною резекцією поверхневої стегнової вени (ПСВ) чи перев'язку ПСВ дистальніше біфуркації загальної стегнової вени без тромбектомії.

Результати. За діагностичним індексом «Geneva» у 2014 році визначено: низький ризик ТЕЛА – у 2 (2%), проміжний – у 86 (88%), високий – у 10 (10%) хворих. Наявність флотуючого тромбу верифіковано у 17 (17%) пацієнтів, з них – 14 випадків – загальної стегнової вени, 3 – ПСВ.

Протягом 2014 року виконано: венозних тромбектомій – 12, перев'язок ПСВ без тромбектомії – 3; за 2015 рік – тромбектомій – 9, перев'язок ПСВ – 2. В післяопераційному періоді Тромбемболічних ускладнень не було.

Таким чином, механічна венозна тромбектомія у хворих на ТГВ при верифікованому ембологенному флотуючому тромбі є достатньо ефективним методом хірургічної профілактики тромбемболічних ускладнень.

Нестандартные ситуации в хирургии аневризм брюшной аорты

А. С. Никоненко¹, Е. В. Ермолаев², А. А. Никоненко¹, И. В. Перцов¹

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²Запорожская медицинская академия последипломного образования

Подходы в хирургическом лечении аневризм брюшной аорты (АБА) претерпевают изменения в связи с развитием эндоваскулярных технологий. Однако, открытые операции не утратили свое значение. На результаты лечения АБА влияет комплекс факторов: коморбидный фон, наличие осложнений (разрыв) и т.д. Также, на частоту негативных результатов могут существенно влиять клинично-анатомические особенности АБА, которые повышают риск технической неудачи или развития периоперационных осложнений.

С 2013 по 2017 гг. в центре сосудистой и эндоваскулярной хирургии Запорожской