

этексилата (торговое название Pradaxa®), в том числе в период оперативного лечения.

Материал и методы. В исследование были включены 45 ожоговых пациентов с высоким риском развития ВТЭО, находившихся на лечении в ожоговом центре НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период с 2013 по 2014 гг. С целью профилактики ВТЭО ими применялся по назначению врача препарат Pradaxa® в дозировке 220 мг/сутки. Критериями включения являлись: возраст не старше 75 лет, вес от 50 до 100 кг, площадь поражения не менее 30% поверхности тела (п.т.) Всем пациентам в период клинического наблюдения были выполнены оперативные вмешательства: некрэктомии на площади не менее 10% п.т. в сроки от 5 до 14 дней с момента получения травмы и операции по пересадке кожных аутоотрансплантатов. Средний возраст пострадавших составил 56±5 лет, мужчин было 31, женщин 14. По длительности применения препарата Pradaxa® все пострадавшие были разделены на следующие группы: до 7 дней – 7 пациентов, до 14 дней – 12, до 21 дня – 8, до 28 дней – 7, свыше 28 дней – 14 пострадавших. Поскольку традиционно в лечении тяжелообожженных применялись дезагреганты (препарат Trental®400), в зависимости от режима проведения антикоагулянтной препарат Pradaxa® и дезагрегантной терапии (препарат Trental®400 3 раза в сутки) в предоперационном периоде все пациенты были разделены на 3 группы: I группа – 10 пациентов, которым Pradaxa® отменялась за 24 часа до операции без отмены препарата Trental®400. II группа – 5 пациентов, которым Pradaxa® отменялась за 48 часов до операции без отмены препарата Trental®400. III группа – 10 пациентов, которым Pradaxa® отменялась за 24 часа до операции с одномоментной отменой препарата Trental®400.

Эффективность применения предложенных схем оценивалась по выявлению ВТЭО на УЗДГ вен нижних конечностей. Безопасность применения оценивалась в условиях высокого риска кровотечения в интра- и послеоперационном периоде по следующим характеристикам: повышенная кровоточивость раневой поверхности, низкая эффективность местных и системных гемостатиков, сроки наступления стабильного гемостаза. Система гемостаза оценивалась по лабораторным данным (коагулологический анализ крови, количество тромбоцитов), взятым на 1, 3, 7, 14, 21, 28 сутки с момента поступления пациента в стационар.

Результаты и обсуждение. У 3 (6,6%) пациентов с высоким риском развития ВТЭО было отмечено развитие венозного тромбоза, не носящее жизнеугрожающий характер. У 2 неокклюзионный тромбоз одной из ветвей ЗББВ, у 1 пациента пристеночный тромбоз ОБВ. В анализах крови не было отмечено резких колебаний показателей МНО, фибриногена, тромбоцитов. Уровень АПТВ не выходил за пределы верхней границы референтного значения. Отмечалось снижение ПТИ до нижних границ нормы (не ниже 70%). Тромбиновое время реагировало на применение препарата Pradaxa® в широком диапазоне и было прямо пропорциональным концентрации даби-

гатрана в плазме. Клинически значимых кровотечений у наблюдаемых пациентов за время приема препарата не отмечено, однако было замечено, что одновременное применение дезагрегантов совместно с препаратом Pradaxa® усиливает действие последнего при отмене антикоагулянта за 24 часа (согласно инструкции), что характеризовалось повышенной кровоточивостью тканей во время обширных операций. Отмена препарата Pradaxa® и дезагрегантов за 48 часов при некрэктомиях свыше 10% п.т. привело к нормализации интраоперационного гемостаза с возможностью продолжения начатой терапии уже через 24 часа после окончания операции.

Выводы. Пациенты с термической травмой относятся к группе риска развития ВТЭО, что требует профилактического применения антикоагулянтов. Препарат Pradaxa® в рекомендуемой стандартной дозе 220 мг обеспечивает адекватную коррекцию гиперкоагуляционного состояния у пациентов с термической травмой из группы умеренного и высокого риска развития ВТЭО. Применение Pradaxa® может стать альтернативой парентеральным антикоагулянтам при проведении пролонгированной антикоагулянтной терапии у пациентов с термической травмой. Пациентам в предоперационном периоде мы рекомендуем: отмену препарата Pradaxa® и дезагрегантов за 24 часа при некрэктомиях до 10% п.т. с последующим назначением их через 12 часов после окончания операции; отмену препарата Pradaxa® и дезагрегантов за 48 часов при некрэктомиях свыше 10% п.т. с последующим назначением их через 24 часа после окончания операции.

Борисов В.А., Красовский В.В., Фролов А.А.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Саратовский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница, г. Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Проблема хирургической тактики при наличии флотирующего тромба вен нижних конечностей и своевременной профилактики тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) имеет особую значимость. Многие вопросы до настоящего времени не решены.

Цель. Оценить тактику оказания помощи и патогенетическую терапию в отношении пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы. За период 2010-2014 гг. нами наблюдались 1126 пациентов с венозными тромбозами в системе глубоких вен нижних конечностей. Из них у 813 (72,2%) – на уровне подвздошно-бедренного сегмента и у 313 (27,8%) на уровне подколенно-берцового. Диагноз вы-

ставлялся с учетом клинических проявлений (отечность, синюшность, болезненность). У 13% пациентов тромбозы протекали без ярко выраженной клинической картины и подтвердились результатами инструментальных методов диагностики, среди которых основным, по нашему мнению, является ультразвуковое сканирование.

Грозным осложнением венозного тромбоза является эмболия легочной артерии, которую мы наблюдали у 81 пациента (1 группа наблюдения), без ТЭЛА - у 1045 (2 группа).

Важным прогностическим моментом мы считали наличие флотации верхушки тромба, обнаруженную в 174 (15,5%) случаях от общего количества. Чаще всего флотация выявлялась на уровне подвздошно-бедренного сегмента - 117 (67,2%) случаев, а в 57 (32,8%) - на уровне подколенно-берцового сегмента.

В первой группе диагностировано 47 (58%) тромбов с флотацией, во второй - 127 (12,2%). Комплекс лечебных мероприятий включал в себя обязательное использование антикоагулянтов, дезагрегантов и флеботоников. В 100% случаев использовали компрессионно-эластическую терапию нижних конечностей. Антикоагулянтная терапия была применена у всех пациентов, в течение 5-7 дней - прямые антикоагулянтные препараты в соответствующих дозировках (эноксапарин натрия, надропарин кальция, гепарин), а затем переходили к пероральным антикоагулянтам (дабигатран этексилат, ривароксабан) или варфарин. Удалось проследить судьбу 109 (9,7%) пациентов, которые продолжали принимать непрямые антикоагулянты, из них рецидив тромбоза глубоких вен отмечен у 12 (11%), и все протекали без развития ТЭЛА.

Результаты и обсуждение. Хирургическая тактика в группах пациентов зависела от нескольких, на наш взгляд, важных обстоятельств. В первую очередь учитывали наличие флотирующего тромба, особенно протяженностью свыше 3 см, наличие тромбоза легочной артерии в анамнезе, а также расположение последнего в подвздошно-бедренном сегменте.

Хирургическая тактика в первой группе была более активной, оперировали 36 пациентов, что составило 44,4%. Во второй группе прибегли к хирургическому вмешательству у 33 пациентов, что составило - 3,2%. Чаще от операции воздерживались у пациентов 2 группы в связи с выявленной положительной динамикой при ультразвуковом сканировании: отсутствие признаков его нарастания, фиксация головки тромба через 2-3 суток на фоне проводимой антикоагулянтной терапии. Активная хирургическая тактика предпринималась также у пациентов с рецидивирующим характером тромбоза легочной артерии даже без флотации тромба - 13.

По поводу флотирующего тромба и профилактики рецидива тромбоза легочной артерии выполнены следующие операции: пликация или лигирование венозного сосуда выше места тромбообразования в месте ближайшего конfluence, либо тромбэктомия с последующей пликацией или лигированием. Тромбэктомия с пликацией выполнялась при наличии флотирующей части

тромба непосредственно в месте венозного конfluence в бедренном и подвздошном сегментах.

Выводы. Анализируя вышеизложенное, мы считаем, что всем пациентам с выявленным тромбозом глубоких вен нижних конечностей, показано назначение антикоагулянтных препаратов в ближайшем и отдаленном периоде. Хирургическая тактика при наличии флотирующего тромба должны быть более активной, особенно это утверждение касается пациентов с протяженностью флотирующей части тромба 3-4 и более сантиметров, тромбозом легочной артерии в анамнезе, а также с локализацией в подвздошно-бедренном сегменте.

Боровский С.П., Малаев Н.Б.

ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. ВЗГЛЯД РЕНТГЕНХИРУРГА

Национальный научный центр онкологии и трансплантологии, г. Астана, Республика Казахстан

Актуальность. Частым осложнением у пациентов с опухолевыми заболеваниями является венозная тромбозоэмболия. По данным статистических исследований, установлено, что до 20% новых случаев тромбоза диагностируется у пациентов уже на момент диагностики рака, что является независимым фактором негативного прогноза у пациентов с раком, увеличивая вероятность смерти у этих пациентов. Предупреждение развития венозной тромбозоэмболии - один из важных шагов эндоваскулярной хирургии для увеличения выживаемости и продолжительности жизни пациентов с онкологическими заболеваниями.

Цель. Показать на клиническом примере возможности рентгенохирургических вмешательств в диагностике и лечении пациентов с тяжелой онкологической патологией, осложненной тромбозоэмболией легочной артерии.

Материал и методы. С 2010 по 2014 годы была произведена 51 имплантация кава-фильтров в нижнюю полую вену, из которых 39 (76%) - постоянных и 12 - (24%) временных. Из общего количества пациентов 12 (24%) прошли лечение по поводу онкологической патологии различной локализации, остальные 39 (76%) поступили в экстренном порядке в отделение сосудистой хирургии и гинекологии. Двоим пациентам проведена одномоментная имплантация кава-фильтра с последующей механической тромбэктомией окклюзирующего тромбоза бедренно-подвздошного сегмента аппаратом для реолитической тромбэктомии «Aspirex».

Клинический случай: пациентка С., поступила в экстренном порядке 16.04.2014 с Дз: Новообразование матки неопределенной этиологии. Во время наблюдения в клинике развилась картина острого илиофemorального флеботромбоза