

*Калинин Р.Е., Сучков И.А.,
Пшенников А.С., Агапов А.Б.*

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Рязанский государственный
медицинский университет,
г. Рязань, Российская Федерация*

Актуальность. Качество жизни (КЖ) активно исследуется во флебологии при оценке различных вариантов лечения варикозной болезни, сравнении хирургических и консервативных методов профилактики венозных тромбоэмболических осложнений. Однако, в литературе мало данных по исследованию параметров КЖ при различных вариантах антикоагулянтной терапии (АКТ) у пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей.

Цель. Оценить изменения показателей КЖ у пациентов с ТГВ в зависимости от варианта АКТ.

Материал и методы. В исследование включено 73 пациента в возрасте от 23 до 81 года. Для оценки КЖ выбран опросник CIVIQ, так как учитывает оптимальное количество субъективных симптомов и является специфическим для пациентов с венозной патологией.

Пациенты при поступлении, через 1 и 3 месяца заполняли опросник и были разделены на 3 группы. Первая группа – пациенты, принимавшие низкомолекулярный гепарин (НМГ): эноксапарин натрия с последующим переходом на варфарин (26 человек). Вторая группа – пациенты, которым в качестве монотерапии был назначен ривароксабан (24 человека). Третья группа – пациенты, принимавшие эноксапарин натрия с последующим переходом на ривароксабан (23 человека).

Результаты и обсуждение. При анализе болевого статуса через 1 месяц лучшие результаты отмечены в 1 группе – 1,83 ($\pm 0,1$) балла, во второй и третьей группах баллы практически одинаковые и составляют 2,28 ($\pm 0,75$) и 2,57 ($\pm 0,53$) соответственно. На 3 месяце одинаковые результаты во всех группах.

Возможность выполнения различных физических действий через 1 месяц лучше в группе пациентов, принимающих варфарин – 18,22 ($\pm 3,65$) балла. Через 3 месяца лучшие показатели отмечены в третьей группе – 19,43 ($\pm 4,28$) балла, причем в 1 группе, в сравнении с 1 месяцем, наблюдается ухудшение данного параметра – 21,32 ($\pm 5,25$) балла.

В психическом компоненте через 1 месяц лучший результат в первой группе – 16,83 ($\pm 3,85$) балла. Через 3 месяца лучший результат в 3 группе – 14,86 ($\pm 2,06$) баллов.

Таким образом, пациенты, принимавшие эноксапарин натрия с последующим переходом на варфарин, показали лучшие результаты практически по всем параметрам на 1 месяце АКТ. Возможно, это связано с быстрым купированием болевого симптома, что приводит к активно-

му восстановлению физического и социального компонентов здоровья. Однако, сохранить лучшие показатели на 3 месяце данная группа не смогла, уступив пациентам 3 группы. Полученные данные, свидетельствуют о восстановлении физического компонента здоровья и даже лучших показателях душевного равновесия, что, по-видимому, связано с приемом фиксированной дозы ривароксабана и отсутствием повторных визитов к врачу.

Пациенты 2 группы на 1 месяце показали стабильные средние результаты, которые и на 3 месяце значимо не менялись.

Выводы.

1. Лучшие показатели качества жизни на протяжении 1 месяца АКТ наблюдаются у пациентов, принимавших эноксапарин натрия с последующим переходом на варфарин.

2. Высокие показатели качества жизни на 3 месяце АКТ у пациентов, принимавших эноксапарин натрия с последующим приемом ривароксабана.

*Калинин С.С., Хрыщанович В.Я.,
Козловская А.Н., Балашова Д.Г.,
Кенденков О.И.*

ФЛЕБОТРОМБОЗ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ЧАСТОТА, ПРИЧИНЫ И ДИАГНОСТИКА

*Белорусский государственный
медицинский университет,
4-я городская клиническая больница
им. Н.Е. Савченко,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Результаты секционных исследований свидетельствуют о существенном количестве венозного тромбоза (ВТ) в группе пациентов, умерших от рака. Другим подтверждением подобной взаимосвязи является большая вероятность развития ВТ на фоне опухолевой патологии по сравнению с пациентами, имеющими известные факторы риска ВТ. ВТ любой локализации может на многие месяцы опережать клиническую манифестацию онкологического процесса.

Цель. Провести анализ клинических характеристик пациентов с ВТ для установления возможных индикаторов злокачественных опухолей и определения рационального алгоритма онкологического скрининга.

Материал и методы. В исследование включено 379 пациентов с ВТ, находившихся на лечении в хирургических стационарах УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Минска» с 2010 по 2013 гг. Пациенты с ВТ и наличием активного злокачественного опухолевого заболевания были стратифицированы в группу вторичного ВТ. В группе пациентов

с идиопатическим ВТ онкологический анамнез при поступлении отсутствовал. Онкодиагностический скрининг был применен у всех пациентов с идиопатическим ВТ: сбор анамнеза, физикальные данные, лабораторные показатели, простатоспецифический антиген, рентгенография грудной клетки, ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, эзофагогастро-дуоденоскопия, фиброколоноскопия.

Результаты и обсуждение. Из 379 поступивших пациентов с ВТ злокачественные опухоли были обнаружены в 42 (11,1%) случаях. В возрасте старше 60 лет было 26 (61,9%) пациентов. Тридцать шесть (85,7%) из 42 пациентов с ВТ уже имели онкологический анамнез, у 10 (27,8%) из них был рецидив ВТ. У 6 (12,5%) пациентов с ВТ злокачественная опухоль была диагностирована впервые. Наиболее часто ВТ был ассоциирован с опухолевым процессом, локализованным в желудке, матке и предстательной железе. У 13 (31%) пациентов с ВТ имел место распространенный опухолевый процесс (IV клиническая группа). ВТ нетипичной локализации наиболее часто ассоциирован со злокачественным новообразованием.

Выводы. ВТ не может считаться ранним проявлением рака и возникает при распространенных формах злокачественных опухолей. Строгая приверженность к выполнению диагностического скрининга у пациентов с идиопатическим ВТ позволяет выявить латентно протекающее злокачественное новообразование. Все лица с идиопатическим ВТ нуждаются в катamnестическом обследовании по общепринятому алгоритму.

*Карабаев О.В., Вerveкина Т.А.,
Эшкувватов Г.Э.*

ПУТИ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТЭЛА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ И ПОЛИТРАВМОЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

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

Актуальность. ТЭЛА является доминирующим осложнением при сочетанных и осложненных политравмах опорно-двигательного аппарата (ОДА), несмотря на достижения современной науки в диагностике, профилактике и лечении этой патологии. Клинически проявившаяся ТЭЛА приводит к летальным исходам в 14-60% случаев. ТЭЛА легче предотвратить, чем лечить! По данным аутопсий, процент прижизненно не диагностированных ТЭЛА, в особенности мелких ее ветвей, достигает в «группах риска» до 80%. Это приводит к развитию осложнений и неблагоприятно сказывается на процессе выздоровления.

Цель. Обозначить группы риска и оптимизировать профилактические мероприятия по воз-

никновению ТЭЛА при сочетанных и осложненных травмах ОДА.

Материал и методы. Проанализированы результаты 102 секционных исследований легких умерших, перенесших тяжелую травму ОДА и\или травму ОДА в сочетании с хронической соматической патологией. В подавляющем большинстве случаев верифицированы не диагностированные прижизненно ТЭЛА, проявляющиеся в виде наличия блокирующего кровотока цилиндра «не привязанного» к стенке сосуда. Цилиндры, как правило, желатиновой консистенции, темно-красной окраски. Сопровождаются отеком прилежащей интимы сосуда, наличием жирового и воздушного компонента эмбола и вазоспазмом. В более поздних сроках определялась «организация» эмбола в виде фиксированного тромба. Определены группы риска развития ТЭЛА и методы до-, интра- и послеоперационной профилактики ТЭЛА. В 2010- 014 гг. на лечении в отделении сочетанных и осложненных травм ТОЦЭМП находилось 840 (100%) пациентов с рассматриваемой патологией, 530 (63%) - с сочетанной травмой (ЧМТ, травмы груди, живота и т.д.), 310 (37%) пациентов, находящихся в «группах риска» по развитию ТЭЛА. За указанный период умерло 19 (2,3%) пациентов, основной причиной смерти которых являлась ТЭЛА. Группы риска формировались на основе «триады Вирхова», обосновывающей причины возникновения ТЭЛА.

Результаты и обсуждение. К группам риска развития ТЭЛА мы относили следующие категории пациентов:

1. Сочетанные травмы ОДА, груди и живота.
2. Варикозная болезнь нижних конечностей.
3. Конституциональное ожирение.
4. Онкологические заболевания.
5. Сахарный диабет.
6. Патология сердца вне зависимости от этиологии.
7. Хронические заболевания желудка и кишечника.
8. Гиповолемические состояния.
9. Шок (вне зависимости от этиологии).
10. Возраст старше 50 лет.
11. Повышение температуры тела выше 38 градусов, вне зависимости от причин.
12. Прогнозируемый большой объем операции.
13. Прогнозируемый длительный общий наркоз.
14. Технические трудности при установке подключичного катетера.

Всем пациентам проводился обязательный минимум обследований: рентгенография и УЗИ органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, общий анализ крови и мочи, анализы на свертываемость крови.

На этапе предоперационной подготовки согласно протоколам проводилась: 1. Дыхательная гимнастика с активной подачей кислорода через носовую канюлю; 2. Небулайзерная терапия; 3. Активная оксигенотерапия через интубационную трубку пациентам, находящимся на ИВЛ, в связи с тяжестью состояния (показатели сатурации не ниже 90%); 4. Пневмомассаж ни-