

Колесник В. В., Дубина Ю. В.
**АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭМБОЛООПАСНЫМИ
ТРОМБОЗАМИ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ**
Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Хрыщанович В. Я.
2-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. В настоящее время тромбоз глубоких вен (ТГВ) и его осложнения занимают лидирующее положение в структуре сердечно-сосудистых заболеваний. Особую опасность с связи с высоким риском легочной эмболии (ТЭЛА) представляют флотирующие ТГВ в системе нижней полой вены (НПВ). Вместе с тем, до сих пор остается предметом дискуссии выбор лечебной тактики при оказании медицинской помощи указанной категории пациентов. Недостаточно изучена частота развития посттромботической болезни (ПТБ) в зависимости от применяемых методов лечения ТГВ.

Цель: оценить ближайшие и отдаленные результаты консервативного и хирургического лечения пациентов с флотирующим ТГВ.

Материал и методы. Изучены медицинские карты 578 пациентов с ТГВ, проходивших лечение в хирургическом стационаре УЗ «4 ГКБ», «ГК БСМП» г. Минска в 2008-2013 гг. Мужчин было 364 (63%), женщин – 214 (37%). Средний возраст составил 55 ± 4 лет. Для выявления ПТБ в отдаленном периоде была использована шкала Villalta. Качество жизни пациентов, перенесших в анамнезе ТГВ, изучали при помощи валидного опросника CIVIQ.

Результаты. Из 578 пациентов с ТГВ признаки флотации тромба были обнаружены у 61 (10,6%) пациента. ТЭЛА развилась в 12 случаях (2%). Локализация флотирующей части тромба была следующей: общая бедренная вена – 33 (54%) случая (в 6 случаях – исход восходящего тромбофлебита в большой подкожной вене); поверхностная бедренная вена – 17 (28%); наружная подвздошная вена – 7 (12%); нижняя полая вена – 2 (3%); подколенная вена – 1 (1,5%); общая подвздошная вена – 1 (1,5%). Всем пациенты получали вазоактивную и антикоагулянтную терапию. Хирургическое лечение было проведено у 38 (62%) пациентов: лигирование ГВ – 15 (25%), тромбэктомия с лигированием ГВ – 20 (32%), имплантация кава-фильтра – 3 (5%). Установлены достоверные различия между хирургическими (традиционными и эндоваскулярными) и консервативными методами лечения эмболоопасных ТГВ по степени тяжести ПТБ и качества жизни пациентов.

Выводы:

1. В лечении эмболоопасных ТГВ в бассейне НПВ важное значение имеют хирургические методы лечения, наиболее распространенным из которых является тромбэктомия и лигирование вены.

2. Имплантация кава-фильтра может быть показана при наличии противопоказаний к открытой операции и невозможности лечения антикоагулянтами.