

сигнала по оси Y, измеряющаяся в миллиметрах подвижности исследуемой стенки. Дыхательная экскурсия исследуемой стенки трахеи отражается на диаграмме релаксациями амплитуды сигнала синхронно фазам вдоха и выдоха. Меньшая амплитуда соответствует вдоху, а большая амплитуда соответствует выдоху, т.е. уменьшению просвета трахеи.

В ходе экспериментального исследования показано, что с помощью оптико-электронной системы регистрации возможна диагностика заболеваний, характеризующихся динамическим изменением просвета дыхательных путей. Полученные диаграммы позволяют судить о наличии участка патологической подвижности стенки трахеи, что имеет диагностическую ценность при таком заболевании как экспираторный стеноз.

Е.В. Дерягин, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Е.П. Иванова, Н.В. Канюшкин

ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ

**ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Благовещенск)**

АКТУАЛЬНОСТЬ

Венозные тромбозэмболические осложнения: тромбоз глубоких вен, тромбоз эмболия ветвей легочной (ТЭЛА), и наиболее серьезное из них – тромбоз эмболия ствола легочной артерии, являются нередкими и грозными осложнениями в оперативной травматологии и ортопедии. Они являются одной из главных причин послеоперационной летальности, достигающей порой 24 %. При травмах проксимального отдела бедра, операциях эндопротезирования крупных суставов риск венозных тромбозэмболических осложнений и тромбоза глубоких вен достигает 65 %.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Группа контроля: профилактика венозных тромбозэмболических нарушений в периоперационном периоде производится низкомолекулярными гепаринами (клексан, фрагмин, фраксипарин) в соответствующих профилактических дозировках. При выписке на амбулаторный этап лечения с целью профилактики венозных тромбозэмболических нарушений постоянно назначаются непрямые антикоагулянты (варфарин). Далее прием варфарина осуществлялся до полной активизации мышечно-венозной помпы, под контролем международного нормализованного отношения 2 раза в неделю.

Исследуемая группа (основная): для амбулаторной профилактики венозных тромбозэмболических нарушений, у лиц с высокими степенями риска тромбозэмболизма, после выписки из стационара продолжаем введение низкомолекулярных гепаринов: клексан 40 мг и фрагмин в дозе 2500 ЕД 1 раз в сутки до полной активизации больного. Пациенты обучались технике введения препаратов в стационаре лечащим врачом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка результатов применения непрямых антикоагулянтов (варфарина) в амбулаторной профилактике венозных тромбозэмболических нарушений (группа контроля): количество больных – 37. Препарат применялся в течение 4–6 недель после операции. Трудность титрования, контроля международного нормализованного отношения – отметили 80 % пациентов, необходимость часто проводить коррекцию дозы варфарина. Не в каждой поликлинике возможно исследовать международное нормализованное отношение. Международное нормализованное отношение ниже 2 (показатель неэффективности используемой дозы варфарина) – отмечен у 50–60 %, что связано с трудностью определения показателя международного нормализованного отношения в сети поликлиник города. Тромбоз глубоких вен – 16,2 % (6) больных. Тромбоз эмболия легочной артерии и ее ветвей – нет. Желудочно-кишечное кровотечение – 8,1 % (3) больных. Потребовалась госпитализация и интенсивная терапия – 5,4 % (2) больных. Геморрагический синдром (петехии, носовое кровотечение) – 5,4 % (2).

Оценка результатов применения клексана и фрагмина в течение 4 недель с момента выписки из стационара (основная группа): пролечен 21 пациент, средний срок применения препаратов составил 30 дней. Кровотечение – нет. Тромбоз глубоких и поверхностных вен бедра, голени – нет. Геморрагический синдром (петехии, значимое снижение протромбинового индекса, увеличение АЧТВ и ПВ) – нет. Тромбоцитопения (снижение < 100 тыс.) – нет. Аллергическая реакция на клексан – 1 (муж.). Обтурационный тромбоз поверхностных вен бедра и голени на 4 сутки после операции – 4,7 % (1).

ВЫВОДЫ

1. Больные с костной травмой нижних конечностей являются пациентами с высокой степенью риска развития венозных тромбозэмболических нарушений, который сохраняется длительное время после операции и выписки из стационара.

2. Применение непрямых антикоагулянтов без тщательного мониторинга не всегда приносит ожидаемые результаты по профилактике венозных тромбозэмболических нарушений в послеоперационном периоде на амбулаторном этапе. Нередко возникают тромботические и геморрагические осложнения.

3. Амбулаторную профилактику ортопедическим больным с высокой степенью риска венозных тромбозэмболических нарушений, целесообразно и возможно проводить прямыми антикоагулянтами с меньшими затратами на мониторинг эффективности и большей безопасностью для пациента.

Т.В. Дибина, А.П. Кошель, С.С. Клоков, М.В. Артеменко

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)*

Ультразвуковое исследование остается наиболее доступным в первичной диагностике заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Появление новых поколений ультразвуковых сканеров значительно расширило область применения ультрасонографии. Одним из перспективных направлений является трехмерная эхография (3D).

Цель исследования: оценка диагностических возможностей трехмерной эхографии в диагностике хирургической патологии органов брюшной полости и почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе проведен сравнительный анализ комплексного обследования 940 пациентов НИИ гастроэнтерологии за период с 01.2009 по 09.2010. Сканирование выполнялось на аппарате Accuvix XQ (Medison, Корея) с использованием конвексного и объемного мультислотных датчиков 3,5 – 5 МГц. Стандартный алгоритм ультразвукового исследования внутренних органов дополняли методиками трехмерной реконструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 13 случаях 3D грудного отдела пищевода позволило выявить объемные образования, из них у 4-х пациентов – с вовлечением в патологический процесс органов средостения. В 11 наблюдениях был снят диагноз холедохолитаза после трехмерной обработки изображения в режиме поверхностной и многоплоскостной реконструкции. У 3-х пациентов сочетание 3D режима и энергетического доплера позволили диагностировать аномалию воротной вены с кавернозной трансформацией, которая была причиной билиарной гипертензии, в 12 случаях с использованием режима мультислайсинг удалось выявить стриктуру холедоха на уровне большого дуоденального сосочка, в двух случаях с подозрением на синдром билиарного сладжа диагностировали опухоль Клацкина. Режим минимальной прозрачности объемного массива позволил предположить в 5 случаях объемное образование головки поджелудочной железы с внутрипротоковой локализацией. У трех пациентов сочетанный режим 3D с цветовым кодированием в режимах различной прозрачности позволил исключить очаговое поражение печени. У одного человека диагностирован острый холецистит с деструкцией стенки и формированием паравезикальных абсцессов (пациент получал лечение в кардиологическом отделении по поводу хронической сердечной недостаточности, на УЗИ в 2D режиме – хронический холецистит с вторично измененной стенкой на фоне асцита, кисты печени). Метастатическое поражение брюшины удалось установить в 19 случаях в режиме полной прозрачности. В 10 наблюдениях найдены образования в просвете толстой кишки, в 3 из них – с формированием межкишечных абсцессов. Все результаты, полученные с помощью 3D ультрасонографии, были соотнесены с данными лабораторных и инструментальных методов, а также оперативных вмешательств, гистологических и цитологических исследований. Диагностическая ценность ультразвуковых методов составила соответственно для 2D режима и 3D: чувствительность 68,0 % и 93,6 %, специфичность 87 % и 95 %, диагностическая точность метода – 84,0 % и 97,7 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трехмерная эхография позволяет более точно установить причину патологии, определить распространенность процесса, топографо-анатомическое соотношение, что влияет на выбор тактики лечения и определяет прогноз качества жизни пациентов.