

4. Safian RD, Textor SC. Renal-artery stenosis. N Engl J Med 2001;344:431–442.
5. Rimmer JM, Gennari FJ. Atherosclerotic renovascular disease and progressive renal failure. Ann Intern Med 1993;118:712–719.
6. Caps MT, Zierler RE, Polissar NL, Bergelin RO, Beach KW, Cantwell-Gab K, Casadei A, Davidson RC, Strandness DE Jr. Risk of atrophy in kidneys with atherosclerotic renal artery stenosis. Kidney Int 1998;53:735–742.

УДК 616.131-005.7:616.14-005.6]-07-084

© В.В. Плечев, А.А. Бакиров, Д.В. Плечева, Р.Х. Юсупов, С.М. Губайдуллин, Б.А. Олейник, В.А. Мустафин, 2013

В.В. Плечев¹, А.А. Бакиров², Д.В. Плечева¹, Р.Х. Юсупов³,
С.М. Губайдуллин³, Б.А. Олейник¹, В.А. Мустафин¹
**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ
ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер», г. Уфа

³Клиника ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

Тромбозы глубоких вен и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) являются серьезными проблемами здравоохранения. Актуальность проблемы ТЭЛА обусловлена не только тяжестью течения заболевания и высокой летальностью, но и трудностями своевременной диагностики этого осложнения из-за полиморфизма развивающихся клинических синдромов. Учитывая высокую частоту тромбоэмболических осложнений, был проведен анализ причин смертности от ТЭЛА в Республике Башкортостан. Анализ результатов выявил, что в большинстве районов республики профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений не проводится.

Ключевые слова: тромбозы глубоких вен, тромбофлебиты поверхностных вен, тромбоэмболия легочной артерии, эмболизация ствола, компрессионный трикотаж, антикоагулянты.

V.V. Plechev, A.A. Bakirov, D.V. Plecheva, R.Kh. Yusupov,
S.M. Gubaidullin, B.A. Oleinik, V.A. Mustafin
ACTUAL QUESTIONS OF PREVENTION OF PULMONARY EMBOLISM

Deep vein thrombosis and pulmonary embolism (PE) are serious public health problems. The relevance of pulmonary embolism is determined not only by the severity of the disease and high death rate, but also by the difficulty of timely diagnosis of this complication due to polymorphism of developing clinical syndromes. Considering the high incidence of thromboembolic complications the causes of death from pulmonary embolism in the Republic of Bashkortostan has been analyzed. Analysis of the results revealed that in most regions prevention and treatment of thromboembolic complications is not carried out.

Key words: deep vein thrombosis, superficial thrombophlebitis, pulmonary embolism, trunk embolization, compression knitwear, anticoagulants.

Тромбозы глубоких вен и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) являются серьезными проблемами здравоохранения. По эпидемиологическим данным распространенность тромбоза глубоких вен в России равна 160 на 100 000 населения, а ТЭЛА – 100 на 100000, из которых 60 случаев являются фатальными [1]. Тромбоз глубоких вен занимает третье место среди сердечно-сосудистых заболеваний после ИБС и инсульта головного мозга. Но ряд исследований показывает, что эти цифры являются только вершиной айсберга. В ряде работ [2] отмечено, что при патологоанатомических исследованиях частота ТЭЛА в Европе и России составляет в среднем 13-20%. В России ежегодно от ТЭЛА умирают до 180 000 человек [3].

Актуальность проблемы ТЭЛА обусловлена не только тяжестью течения заболевания и высокой летальностью, но и трудностями своевременной диагностики этого осложнения из-за полиморфизма и развивающихся клинических синдромов. В 2000 году утвержден отраслевой стандарт «Протокол

ведения больных. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах» [4,5].

По данным многочисленных патологоанатомических исследований [4], в 50 – 80% случаев ТЭЛА не диагностируется вообще. При этом летальность среди нелеченных пациентов достигает 40%, тогда как при проведении своевременной терапии она не превышает 10% [5,7]. Данные осложнения, связанные с хирургическими вмешательствами, развиваются как во время пребывания в стационаре, так и после выписки пациентов, увеличивая госпитальную смертность, ухудшая качество жизни пациентов, обуславливая расходы здравоохранения на лечение данных осложнений. При этом 80% случаев тромбозов глубоких вен протекают без клинических проявлений, являясь причиной летальных исходов в 7% случаев хирургических вмешательств [6,12].

ТЭЛА, причиной которой является тромбоз магистральных вен нижних конечностей и таза, представляет собой одно из

наиболее частых осложнений у больных, перенесших различные хирургические и иные инвазивные вмешательства. По данным патологоанатомического исследования, 749 умерших от ТЭЛА, основным источником эмболии был тромбоз в системе нижней полой вены (83,6%), при этом в 68,1% случаев он локализовался в бедренной, подвздошной и нижней полой венах [8,10,11]. Значительно реже (3,4%) имел место тромбоз в полостях правого сердца и в системе верхней полой вены. В 13% случаев источник ТЭЛА установить не удалось. По данным различных авторов, эмболизация ствола и главных ветвей легочной артерии имеет место в 50% случаев, долевых и сегментарных – в 22%, мелких ветвей – в 30% случаев [9,11,13]. Одновременное поражение артерий обоих легких составляет 65% из всех случаев ТЭЛА, в 20% – поражается только правое, в 10% – только левое легкое, нижние доли поражаются в 4 раза чаще, чем верхние [9].

Длительная иммобилизация как в до-, так и в послеоперационном периоде приводит к существенному ухудшению показателей венозной гемодинамики. Острый венозный тромбоз развивается у 30% оперированных общехирургических больных, у 70-80% после травматологических и ортопедических вмешательств и более чем у 50% больных с висцеральными формами рака.

Материал и методы

За отчетный период (2003-2012 годы) по 44-м лечебным учреждениям Республики Башкортостан, подавшим отчетные данные, зарегистрировано 11501 случай тромбофлебитов поверхностных вен и тромбозов глубоких вен нижних конечностей. Обращает на себя внимание тот факт, что в г. Уфе больные с данной патологией концентрируются в Клинике БГМУ (2833 случая), в Республиканском онкологическом диспансере – 1328 случаев.

От ТЭЛА умерло 547 пациентов, из них патология вен нижних конечностей выявлена у 340 (62,1%) пациентов, у остальных больных источник ТЭЛА не установлен. Среди них мужчин – 219 (40%), женщин – 328 (60%). Среди умерших послеоперационных больных были 224 (41%). Наибольшее количество умерших больных приходится на возрастные группы 40-59 лет (38%) и 60-80 лет (51%). Результаты этих исследований имели решающее значение при выборе профилактических и лечебных мероприятий.

Результаты и обсуждение

Анализ профилактики ТЭЛА показал, что в городах и районах РБ из 547 умерших

профилактика проводилась только у 214 больных (39%), из них высокоэффективные низкомолекулярные гепарины были применены только у 137 больных (25%) (табл. 1), эластическая компрессия нижних конечностей – у 192 больных (35%) (табл.2). Стоит отметить, что низкомолекулярные гепарины и эластическая компрессия применяются в основном в специализированных стационарах, таких как Клиника БГМУ, Республиканский онкологический диспансер, РКБ им. Г. Г. Куватова, ГКБ №1 г. Стерлитамака.

Таблица 1

Назначения антикоагулянтов		
Назначение	По России, %	по РБ, %
Хирургами	83	57
Терапевтами	90	42
В среднем	86	49

Таблица 2

Назначения компрессионного трикотажа		
Назначение	По России, %	По РБ, %
Хирургами	81	76
Терапевтами	87	53
В среднем	84	67

Выводы

Проведенный анализ за 2003-2012 годы по 44-м лечебным учреждениям Республики Башкортостан дает основание экстраполировать ситуацию по профилактике ТЭЛА, включая больных с патологией вен нижних конечностей и периоперационных пациентов на республику в целом.

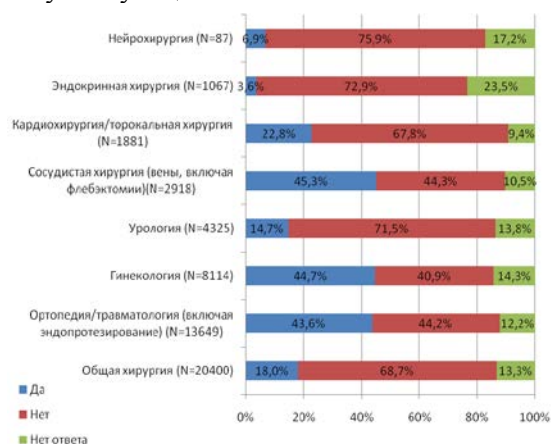


Рис. 1. Рекомендация профилактики после выписки

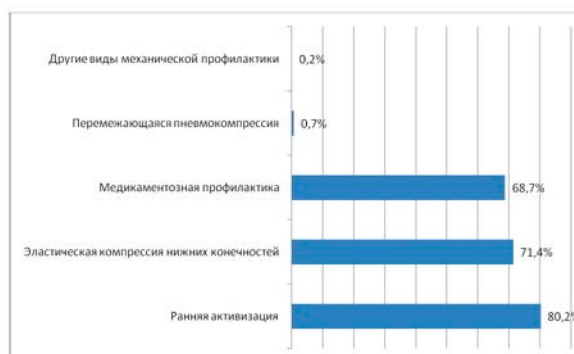


Рис. 2. Назначенная профилактика

Министерство здравоохранения Республики Башкортостан, учитывая высокую частоту тромбоэмболических осложнений, с 2003 года (приказ №233 от 09.06.2003 года и №881-Д от 05.04.2012 года) провело анализ причин смертности от ТЭЛА в Республике Башкортостан. Анализ результатов выявил, что в большинстве районов республики профилактика и лечение тромбоэмболических

осложнений не проводится (рис.1, 2). Профилактика венозного тромбоза и тромбоэмболии помимо оптимизации хирургических вмешательств требует глубоко продуманной стратегии терапевтических мероприятий, которые, конечно, не дают сиюминутного результата, но надежны и эффективны в плане долгосрочных перспектив.

Сведения об авторах статьи:

Плечев Владимир Вячеславович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 8(347)255-39-66.

Бакиров Анвар Акрамович – главный врач ГБУЗ Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер. Адрес: 450080, г. Уфа, ул. С. Агиша, 4. Тел. +7 (347) 228-45-14.

Плечева Дина Владимировна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Юсупов Ринат Хабибович – врач-хирург отделения сосудистой хирургии Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Губайдуллин Салават Мирьянович – к.м.н., зав. отделением сосудистой хирургии Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Олейник Богдан Александрович – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Мустафин Виниль Агзамович – врач-интерн кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яковлев, В. Б. Проблема тромбоэмболии легочной артерии, пути ее решения в многопрофильном клиническом стационаре// Военно-медицинский журнал. – 1994. – № 10. – С. 25-32.
2. Рич, С. Тромбоэмболия легочной артерии// Кардиология в таблицах и схемах/ под ред. М. Фрида, С. Грайнс: пер. с англ. – М: Практика, 1996. – С. 538-548.
3. Макаров, О.В. Профилактика тромбоэмболических осложнений в акушерской практике/О.В. Макаров, Л.А.Озолина, Т.В.Пархоменко, С.Б. Керчелаева//Российский медицинский журнал. – 1998. –№ 1. – С. 28-32.
4. Диагностика двустороннего тромбоза легочной артерии с помощью электронно-лучевой томографии /В.Е. Сеницын [и др.]// Кардиология. – 1998. – № 9. – С. 94-96.
5. Alexander J.K. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)//Руководство по медицине. Диагностика и терапия: пер. с англ/ под ред. Р. Беркоу, Э.Флетчера. – М.: Мир, 1997. – № 1. – С. 460-465.
6. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Массивная эмболия легочных артерий. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
7. Альперт Ж.С., Дален Ж. Эмболия легочной артерии //Клиническая кардиология: руководство для врачей/ под ред. Р.К. Шланта, Р.В. Александера: пер. с англ. – М. –СПб.: Изд. Бином – Невский Диалект, 1998. – С. 287-302.
8. Диагностика тромбоза глубоких вен. Общий обзор / М.С.Н. Джанссен [и др.] // Российский медицинский журнал. – 1996. – № 1. – С. 11-23.
9. Remy-Jardin M., Remy J., Wattinne L. et al. Central thromboembolism: diagnosis with spiral volumetric CT with single breath-hold technique-comparison with pulmonary angiography. Radiology 1992;185:381-387.
10. Janssen M.C.H., Wallersheim H., Novacova J.R.O. et al. Диагностика тромбоза глубоких вен. Общий обзор. Росс мед журн 1996;1:11- 23.
11. Douketis J.D., Kearon C., Bates Sh. et al. Risk of fatal pulmonary embolism in patients with treated venous thromboembolism. JAMA 1998; 279:458-462.
12. Khan M.G., Palmer L.B. Pulmonary embolism. In: Pulmonary disease diagnosis and therapy. A practical approach. Eds. M.G. Khan, J.P. Lynch. Baltimore:Williams and Wilkins 1997;585-601.
13. Anderson F.A., Wheeler H.B., Goldberg R.J. et al. A population based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Arch Intern Med 1991;151:933-938.

УДК 616.346.2-002.1-089.87.168.1-06-08:616.381-089.48

© Р.А. Мананов, М.В. Тимербулатов, Н.М. Мехтиев, 2013

Р.А. Мананов, М.В. Тимербулатов, Н.М. Мехтиев ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

На основании обследования и лечения 218 больных с острым аппендицитом (основная группа), проанализирована эффективность фасциального дренирования брюшной полости после аппендэктомии с сеансами интраперитонеальной оксигенотерапии. Показано, что предложенный способ позволил в первые сутки послеоперационного периода устранить гипоксию и купировать инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости, своевременно эвакуировать воспалительный экссудат, купировать послеоперационный парез кишечника и энтеральную недостаточность, что в результате позволило предупредить послеоперационные перитонит и летальность.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, интраперитонеальная оксигенотерапия, фасциальное дренирование.