

Выход из тупика — создание региональных сосудистых центров сердечно-сосудистой хирургии, включающих отделения: кардиохирургии, рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения, нарушений сердечного ритма, хирургии сосудов, амбулаторной диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии, выездной неотложной сердечно-сосудистой помощи. Региональный сердечно-сосудистый центр должен быть юридическим лицом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

К сожалению, национальный проект «Совершенствования помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» нередко организаторы здравоохранения на местах трактуют однобоко, уделяя основное внимание тромболитической терапии при лечении острого коронарного синдрома и острых нарушений мозгового кровообращения, компьютерной диагностике ишемического процесса и перспективе направления этой категории больных в федеральные сердечно-сосудистые центры. В итоге только у 3–5 % больных в сроки «терапевтического окна» в региональных сосудистых центрах восстанавливают кровоток причинных артерий вызвавших инфаркт или инсульт. Мы наблюдаем, как региональные сердечно-сосудистые центры создают на базе нескольких лечебных учреждений с разными формами собственности, что значительно затрудняет руководство, стратегию, оказание медицинской помощи пациентам сердечно-сосудистого профиля.

ВЫВОД

Необходимо формирование законодательной, правовой, нормативной базы по организации региональных сердечно-сосудистых центров в Дальневосточном регионе, учитывая площадь, плотность населения, используя потенциал учреждений, осуществляющих конкретные направления деятельности по профилю сердечно-сосудистая хирургия в регионе.

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

ПОЧЕМУ МЫ НЕ ПРОВОДИМ ПРОФИЛАКТИКУ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ?

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на активную популяризацию необходимых мер профилактики венозного тромбоза, количество эмбоогенных осложнений и развитие постэмболической легочной гипертензии не имеет тенденции к снижению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2003 г. № 233 утвержден отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Профилактика тромбозов легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах» (ОСТ 91500.11.0007-2003). В течение последних пяти лет Министерством здравоохранения России четырежды издавались методические рекомендации: Савельев В.С. Профилактика послеоперационных венозных тромбозов и тромбоэмболий. — М., 2000. — 20 с.; Шевченко Ю.А., Савельев В.С. Профилактика тромбозов и тромбоэмболий у хирургических больных в многопрофильном стационаре. — М., 2004. — 24 с.; Савельев В.С., Бокарев И.Н. Венозные тромбозы и тромбоэмболии легочных артерий (венозные тромбозы и тромбоэмболии). — М., 2006. — 20 с.; Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболий от 27.11.2009. В них отражены принципы профилактических мероприятий, выделены степени риска развития тромбозов и тромбоэмболий, разработаны схемы специфической профилактики и их лабораторного контроля. Нами проведена очная и заочная целевая экспертиза профилактики венозных тромбозов и тромбоэмболий.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате выполнения компрессионного регламента выявлено всего у 14 % оперированных больных. Из них в 12 % применялись эластические бинты, в 2 % — госпитальный медицинский трикотаж. Прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей не применяется в клиниках и больницах Амурской области. Минимальная травматичность вмешательств, раннее вставание после оперативного лечения отмечено в 43 % случаев. Анализ выполнения специфической медикаментозной профилактики

выявил использование гепаринов при средней и высокой степени риска венозных тромбоэмболических осложнений в 22 %, при этом в 10 % отсутствовала преимущество выполнения назначений при переводе больных из реанимации в отделения хирургического профиля, что опасно развитием рекошетных тромбозов. Лабораторный контроль антикоагулянтной терапии имел место в 35 % наблюдений. У 95 % пациентов со средней и высокой степенью риска венозных тромбоэмболических осложнений не выполнялась в послеоперационном периоде скрининговая ультразвуковая диагностика венозного тромбоза в бассейне нижней полой вены.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Неудовлетворительное состояние профилактики венозных тромбоэмболических осложнений послужило принятию административного решения по лечебно-профилактическому учреждению. Издан приказ по ЛПУ об обязательном исполнении приказа МЗ РФ № 233 с персональной ответственностью врача-хирурга и контролем заведующего отделением. В протоколы лечения ЛПУ включена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений.

ВЫВОДЫ

Распоряжение министерства здравоохранения субъекта Федерации должно определить ответственность главных врачей ЛПУ по профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. Приказ главного врача по ЛПУ позволит персонализировать ответственность исполнителя при проведении медицинской услуги (профилактике венозных тромбоэмболических осложнений). Лечебные учреждения, не выполняющие профилактику венозных тромбоэмболических осложнений, должны контролироваться органами Росздравнадзора и страховыми медицинскими организациями, вплоть до отзыва лицензии на медицинскую деятельность.

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

СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эффективность лечения легочной эмболии зависит от своевременности выявления причинно-следственной связи от асимптомного венозного тромбоза до первого эпизода тромбоэмболии мелких, сегментарных и долевых ветвей легочной артерии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По данным Ассоциации флебологов России вероятность развития венозного тромбоза в послеоперационном периоде составляет от 25 до 75 %, в зависимости от характера оперативного вмешательства. В 40 % венозный тромбоз в бассейне нижней полой вены имеет эмбологенный характер. В нашей клинике применяется ультразвуковая скрининговая диагностика бассейна нижней полой вены у больных со средней и высокой степенью риска венозных тромбоэмболических осложнений на 2–3 день послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение 2011 г. в условиях муниципальной больницы исследование бассейна нижней полой вены позволило выявить асимптомный венозный тромбоз у 32 % (256) больных в послеоперационном периоде. У 71 пациента проксимальный отдел тромба имел эмбологенный характер (длина флотирующего сегмента более 4–5 см, подвижность, неоднородность структуры). Все пациенты с эмбологенными тромбами оперированы: удаление флотирующей части и/или перевязка вены над венозной окклюзией. Летальности, связанной с тромбоэмболией легочных артерий не было. Пациентам с костной травмой нижних конечностей и окклюзионным неэмбологенным тромбозом одномоментно выполнялась операция лигирования вены над тромбом и костная репозиция и фиксация перелома. Оперировано 65 человек, летальности от венозных тромбоэмболических осложнений не было.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Не нужно объяснять исходы лечения больных хирургического профиля, когда игнорируется тактическая схема выявления асимптомного венозного тромбоза в послеоперационном периоде. Невыполнение