

ления, связанный с прерыванием гастрозофагеального оттока из портальной системы.

Чреспеченочные эндоваскулярные вмешательства сопровождались осложнением у одного больного: был выявлен правосторонний плеврит и производились пункции плевральной полости. Один больной умер после рецидива кровотечения и хирургического вмешательства от геморрагического шока на фоне прогрессирующей печеночной недостаточности.

Таким образом, наши исследования показали, что наиболее эффективным методом эндоваскулярной хирургии у больных с портальной гипертензией, осложненной кровотечением, является эмболизация варикозных вен пищевода в сочетании с хронической эмболизацией селезеночной артерии. Благоприятные результаты объясняются декомпрессией портальной системы, ликвидацией явлений гиперспленизма, артериализующим действием и улучшением функции печени. После проведенной окклюзии сосудов требуется длительная катетеризация воротной вены с целью инфузионной терапии и контрольная портография с целью выявления реканализации варикозных вен или образования допол-

нительных венозных перетоков и их эмболизации, что позволяет улучшить результаты лечения и снизить летальность у больных с данной патологией.

Литература:

1. Бебурешвили А.Г., Михин С.В., Овчаров А.Н. Эндоскопическая склеротерапия варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии // Хирургия. – 2006. - № 1. – С. 44-48.
2. Ерамышанцев А.К. Прошлое и настоящее хирургии портальной гипертензии: взгляд на проблему // Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатол. – 2001. - № 5. – С.20-26.
3. Galloway J.R., Henderson J.M. Management of variceal bleeding in patients with extrahepatic portal vein thrombosis // Am. J. Surg. – 1990. – Vol. 160.-№ 1. – P. 122-127.
4. Jutabha R., Jensen D.M., Martin P. et al. Randomized Study Comparing Banding and Propranolol to Prevent Initial Variceal Hemorrhage in Cirrhotics With High-Risk Esophageal Varices. Gastroenterology. Apr. 2005;128:870–881.

Порталды гипертензиясы бар науқастарда өңеш қан кетуін емдеудегі ішкі тамырлық шаралар
С.П. Боровский, Н.Б. Малаев, И.Н. Сағандықов, С.С. Мухаметқалиев, В.В. Землянский, Е.Т. Сабитов, С.С. Мусаев

Порталды гипертензиясы бар науқастарда өңеш қан кетуін емдеудегі ішкі тамырлық шаралардын ішінде ең тиімді әдіс варикозды өңеш және өт тамырларын эмболизациялау болып табылады. Ол әдіс емдеу нәтижесін жақсартып, өлім-жітімді азайтады.

Endovascular intervention as a treatment of esophageal bleeding at patients with portal hypertension
S.P. Borovskiy, N.B. Malayev, I.N. Sagandykov, S.S. Muhametkaliev, V.V. Zemlyanskiy, E.T. Sabitov, S.S. Musaev

The most effective method of endovascular surgery is embolization of esophageal varicose veins in aggregate with chronic embolization of splenic artery at patients with portal hypertension, complicated by bleeding.

УДК 616.131-616-005.6-084

ПРИМЕНЕНИЕ КАВА-ФИЛЬТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Н.Б. Малаев

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) – чрезвычайно распространенное заболевание, чреватое весьма неблагоприятными последствиями. Опасность венозного тромбоза в первую очередь заключается в возможности развития тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), летальность при которой может достигать 10-20%. Кроме того отсутствие адекватного лечения венозного тромбоза в острой стадии нередко служит причиной развития тяжелой хронической венозной недостаточности, вплоть до появления обширных длительно незаживающих трофических язв. Тромбоэмболия лёгочной артерии – как наиболее тяжелое осложнение венозного тромбоза и занимают третье место в структуре летальности хирургического профиля. Наибольшая частота ТЭЛА отмечена при проксимальных тромбозах магистральных вен, а в случае формирования флотирующих тромбов течение этого заболевания в три раза чаще осложняется ТЭЛА. Однако не во всех случаях тромбозов с флотирующей верхушкой тромба развивается ТЭЛА. Уточнение диагноза ТГВНК с флотацией тромбоза диктует необходимость принятия эффективных мер, направленных на регресс тромбоза и профилактически рецидивирующей ТЭЛА. [1,2,6,7,9,11]

Антикоагулянтные препараты остаются основным методом лечения тромбоза глубоких вен и профилактики легочной тромбоэмболии. Тем не менее, они имеют ряд противопоказаний или серьезных осложнений и не дают абсолютный эффект, особенно при флотирующем тромбе. Одним из методов профилактики данной патологии является эндоваскулярная имплантация кава-фильтров в магистральную венозную систему для профилактики эмболизации легочного русла. Показанием к применению данной методики является хроническая тромбоэмболия легочной артерии, невозможность проведения операции тромбэктомии из-за тяжести состояния больного, противопоказания к проведению тромболитической терапии и технических трудностей [3,4,5,8,10].

Цель данного исследования: дать сравнительную оценку эффективности и безопасности использования различных конструкций кава-фильтров с целью профилактики ТЭЛА при эмболенном тромбозе илеофemorального сегмента венозной системы нижних конечностей.

Материал и методы. Мы обладаем опытом использования кава-фильтров в лечении 17 пациентов. При обследовании пациентов использовался комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Оценивался характер болей в икроножных мышцах, выраженность отека и асимметрия окруж-

ности голени и бёдер. Оценивалось состояние вен нижних конечностей, включая нижнюю полую вену. Дуплексное сканирование позволяло выявить тромботическое поражение, локализовать и характер тромбоза вен.

Определение показаний к эндоваскулярному вмешательству базировалось на клинических данных и результатах комплексного инструментального обследования, включавшего рентгенографию грудной клетки, электрокардиографию, ультразвуковое дуплексное ска-

нирование глубоких вен нижних конечностей и таза, рентгеноконтрастные ретроградную илиокавографию и ангиопульмонографию. У 11 (78,6%) пациентов была выявлена легочная эмболия различной тяжести: мелких ветвей — у 7, средней степени — у 4. В 3 (21,4%) других случаях показания к имплантации кава-фильтра определялись наличием эмболеного флотирующего тромба в бедренных или подвздошных венах и неэффективностью комплексной антикоагулянтной терапии.

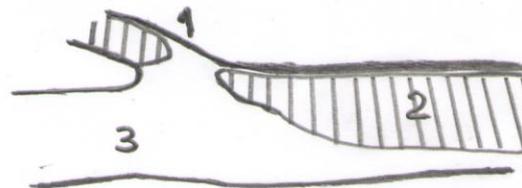
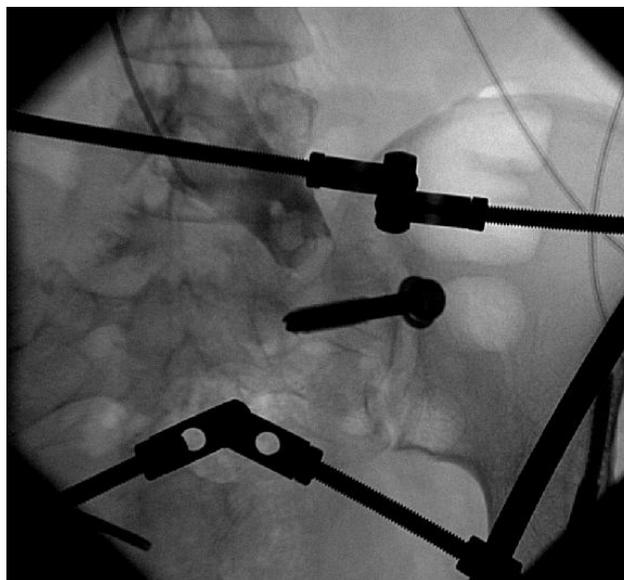


Рисунок 1 Пристеночный тромбоз в общей бедренной вене(ОБВ).

1- сафено-бедренное соустье, тромбированная большая подкожная вена, 2 – пристеночные тромботические массы, 3- свободный просвет ОБВ.

Все кава-фильтры были имплантированы в позицию нижней полой вены. При выборе номера протеза основным критерием к этому служил диаметр нижней полой вены. При диаметре до 21 мм. имплантировался протез №1, от 22 до 26 мм. имплантировался протез № 2 и при диаметре от 26 до 30 мм имплантировался протез № 3. В случае, когда диаметр полой вены выше 30 мм. им-

плантация кавафильтров той или иной конструкции в данную зону считали противопоказаной, что допускает использование для имплантации одну из магистральных вен (подвздошные, подключичные вены). В до- и послеоперационном периоде считаем целесообразным назначать дезагрегантную и антикоагулянтную терапию, в ряде случаев антибактериальные препараты.

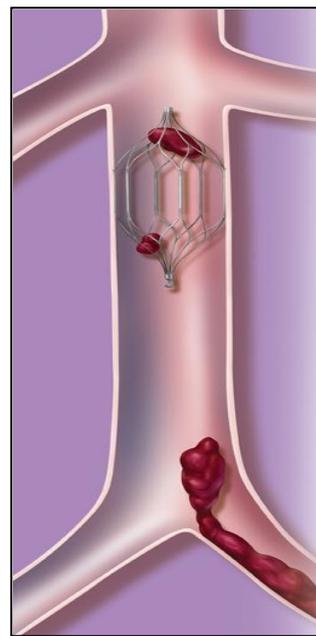
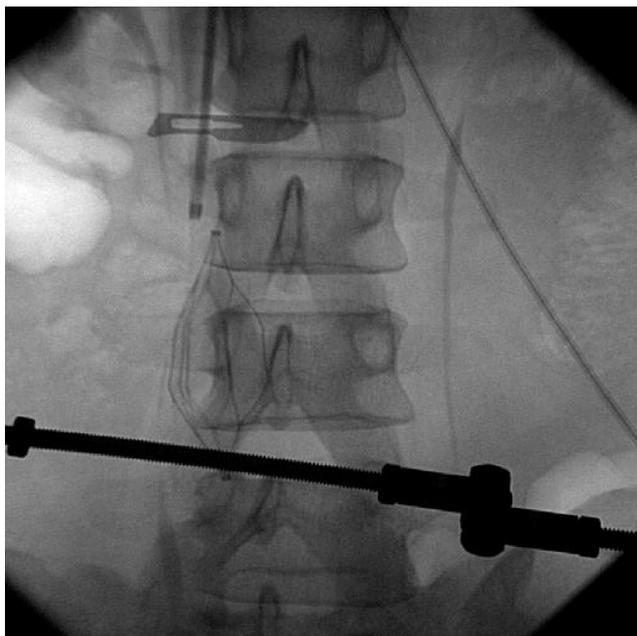


Эмболеный (флотирующий) тромб в общей подвздошной вене слева

Тактика лечения определялась в зависимости от характера тромба, его локализации, распространенности, давности заболевания, сопутствующей патологии и тяжести состояния больного. Всем больным с острым тромбозом глубоких вен с момента госпитализации проводилась консервативное лечение, которое включало антикоагулянтную, дезагрегантную терапию, назначение флеботоников и противовоспалительных средств.

Результаты. Как правило, все пациенты хорошо переносят рентгенэндоваскулярную имплантацию ка-

вафильтра. Во время эндоваскулярных вмешательств развития осложнений не отмечали. Лишь в 1 случае мы наблюдали в раннем периоде (до одного месяца) выраженный отек нижних конечностей, что было связано с рецидивом эмболии и острой окклюзией нижней полой вены на уровне фильтра. Разрешение отека в данных случаях происходило в течении 6-7 месяцев (по мере развития коллатерального венозного кровотока. Во всех других случаях (16 пациентов) отмечено клиническое улучшение.



Все вмешательства надежно предупреждали ТЭЛА как в ближайшем, так и в отдаленном периоде. Во время нахождения и перед выпиской из стационара всем пациентам проводилось контрольное ультразвуковое исследование, которое показало эффективность комплексного подхода к выявлению и лечению пациентов с острыми тромбозами в системе нижней полой вены. Ультразвуковыми критериями эффективности лечения были: наличие признаков начальной частичной реканализации тромбированных сегментов вен, отсутствие прогрессирования и рецидива тромбоза [1,8]. Клиническими признаками эффективности были: отсутствие клинических признаков тромбоэмболии легочной артерии, уменьшение отека и болезненности в нижних конечностях.

Заключение.

Имплантация постоянных кава-фильтров надежно предупреждает ТЭЛА в ближайшем и отдаленном периодах. Профилактика ТЭЛА с использованием фильтров-протезов является высокоэффективным, малотравматичным методом лечения и зачастую единственным при данной патологии.

Литература:

1. Чуриков Д.А., Кириенко И. Ультразвуковая диагностика болезней вен. // Руководство. - Москва, - Издательство «Литтерра», - С.-35-47.
2. Флебология. Руководство для врачей под ред. Савельева В.С. М.: Медицина 2001, 660.
3. Владимирский В.В. К вопросу о показаниях к имплантации съёмного кава-фильтра. Патология кровообращения и кардиохирургия. - 2009. - № 2. - С. 46-49.

4. Куракина Е.А., Хохлунов С.М., Дупляков Д.В., Лапшина Н.В., Семагин А.П., Благочиннова Е.М., Харламова М.В. Отдаленные результаты имплантации кава-фильтра после перенесенной тромбоэмболии легочной артерии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. Т.8. - №S2. С. 181a-181.

5. Петров Ю.П., Бейманов А.Э., Тараканов Ю.П. Имплантация кавафильтров при рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии. Новости лучевой диагностики – 2000 – №2, приложение: с.53-54

6. Тромбоэмболия легочной артерии. Под ред. Г.В. Дзяка. Дніпропетровськ: ІМА-прес 2004; 317.

7. Тюрин В.П., Сухорукова И.И., Харпунов В.Ф.К.А.А., Китаев В.М. Результаты отдаленного наблюдения за пациентами с имплантированным кава-фильтром по поводу тромбоэмболии легочной артерии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008. Т. 7. № S22. С. 373a-374.

8. Хубутия М.Ш., Гольдина И.М., Трофимова Е.Ю., Лопотовский П.Ю., Леменев В.Л., Михайлов И.П., Кунгурцев Е.В. Ультразвуковое исследование в оценке ранних тромбозов кава-фильтра и нижней полой вены. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2009. № 4. С. 35-46.

9. Markel A. Origin and natural history of deep vein thrombosis of the legs. *Semin Vasc Med* 2005; 5: 1: 65—74.

10. Kudrna K., Kraska Z., Kvasnicka J. et al. Prevention of thromboembolism in surgery of fractures of the upper end of the femur. *Sb Lek* 2002; 103: 2: 203—212.

11. McRae S.J., Ginsberg J.S. Initial treatment of venous thromboembolism. *Circulation* 2004; 31: 110: (9 Suppl 1): 13—19.

Жедел тамыр хирургиясында өкпе артерия тромбоэмболиясын алдын алу үшін кава-фильтрды қолдану Н.Б. Малаев

Өкпе артериясы тромбоэмболиясымен асқынған, аяқ терең веналарының тромбозы бар науқастарға ең әсерлі және азжарақатты әдіс-кава-фильтр қолдану.

An application of cava-filters for prevention of pulmonary artery embolism during an emergency mini-invasive vascular surgery N.B. Malayev

The application of cava-filters nowadays is appeared as the most effective and mini-invasive method for prevention of pulmonary artery embolism in the patients with deep veins thrombosis of the lower limbs.