

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 рецидивных 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

данной тактики ведения послеоперационного периода создает иллюзию благополучия в плане тромбоэмболических осложнений, а массивная тромбоэмболия легочной артерии, регистрируемая у 20–30 пациентов в год воспринимается как фатальная неизбежность послеоперационного периода.

ВЫВОДЫ

Без обязательного ультразвукового скрининга асимптомного венозного тромбоза в послеоперационном периоде у больных с высоким и средним риском венозных тромбоэмболических осложнений невозможно снижение летальности от ТЭЛА в многопрофильном стационаре.

Д.Н. Семенов, В.Г. Игнатьев, Н.М. Гоголев, В.С. Гусаревич

ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГБУ РС (Я) РБ № 2 ЦЭМП (Якутск)

Актуальность проблемы лечения критической ишемии нижних конечностей определяется поздней обращаемостью больных, тяжестью исходного состояния, наличием тяжелой сопутствующей патологии. Проблема болезней сосудов нижних конечностей, несмотря на развитие медицины, до сих пор не решена. Лечение болезней сосудов в подготовке врачей общей практики уделяется недостаточно внимания. Многие врачи плохо ориентируются в диагностике сосудистых поражений и передают пациентов сосудистому хирургу в запущенной стадии. Основные заболевания, ведущие к критической ишемии это — атеросклероз, тромбангиит и эндартериит (воспаление артерий), диабетическое поражение сосудов. Наиболее тяжелыми и трудными в лечении критической ишемии являются воспалительные и диабетические поражения. Точной информации о частоте встречаемости критической ишемии нижних конечностей нет. Результаты национального исследования, проведенного Vascular Society of Great Britain, говорят о 400 больных на 1 млн населения в год. Если учесть, что 3 % населения страдают перемежающейся хромотой и у 5 % из них в течение 5 лет может развиваться критическая ишемия, то частота ее встречаемости равна 300 случаям на 1 млн. населения в год. Около 90 % всех ампутаций выполняются по поводу выраженной ишемии нижних конечностей и у 25 % пациентов с критической ишемией потребуются ампутация голени или бедра, отсюда частота критической ишемии будет равна 500–1000 пациентов на 1 млн. населения в год. У диабетиков критическая ишемия наблюдается примерно в пять раз чаще, трофические нарушения развиваются у 10 % пациентов с сахарным диабетом в пожилом возрасте.

Сахарный диабет является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний и носит характер неинфекционной эпидемии. В настоящее время около 200 млн. человек в мире страдают сахарным диабетом, при этом количество больных ежегодно увеличивается на 5–7 % и каждые 15 лет удваивается. По прогнозам экспертов ВОЗ, их число к 2025 г. достигнет 325 млн. человек, а у 410 млн. человек будет определяться нарушенная толерантность к глюкозе. Сахарный диабет характеризуется ранней инвалидизацией и высокой смертностью больных вследствие развития поздних сосудистых осложнений. Это обстоятельство ставит сахарный диабет в ряд социально значимых заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ И ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

За 3-летний период (2009–2011 гг.) в отделении гнойной хирургии 124 (80,5 %) пациента получили оперативное лечение по поводу критической ишемии нижних конечностей, из них ампутации нижних конечностей выполнены у 77 (50 %) больных. Средний возраст составил 60 лет. Самому молодому было 37 лет, самому пожилому 84 года. Мужчин было — 79 человек, женщин — 75. Атеросклероз артерий нижних конечностей имел место у 67 (43,5 %) больных (42 мужчины и 25 женщин). Сочетание атеросклероза и диабета наблюдалось у 81 (52,6 %) больного (31 мужчина и 50 женщин). Болезнь Бюргера имела место у 2-х (1,3 %) больных и облитерирующий эндартериит — у 4 (2,6 %).

Тяжесть состояния больных определялась тяжелой патологией и клинической картиной тяжелой эндогенной интоксикации. Ишемической болезнью сердца страдали 74 (48 %) человека, постинфарктный кардиосклероз имелся у 15 (9,7 %) больных, мерцательная аритмия у 6 (3,9 %) пациентов, гипертоническая болезнь выявлена у 86 (55,8 %). Острые мозговые нарушения в анамнезе зафиксированы у 2-х (1,3 %) больных. Помимо клинических показателей и биохимических анализов крови тяжесть состояния подтверждалась уровнем мочевины и креатинина в плазме, эритроцитов и белка в моче.

С целью уточнения уровня поражения артериального русла была выполнена селективная ангиография артерий нижних конечностей в экстренном порядке у 12 (7,8 %) человек, ультразвуковая доплерография проведена у 37 (24 %) больных. К сожалению, выполнить ангиографию и дуплексное сканирование в экстренном порядке не всегда возможно. Вероятно, что применение ангиографии и/или ультразву-