

Результаты. В целом, среди больных, оперированных по поводу туберкулом, не выявлено рецидива болезни за 5 лет у 13,3%, за 10 лет – у 8,7%. Подтверждена существенная статистическая разница у оперированных больных и больных, пролеченных консервативно в период 1991–2000 гг. ($p=0,015$).

Заключение

1. Оперированные пациенты по поводу туберкулом составляют группу без рецидива болезни.

2. В группе больных, пролеченных консервативно, больше вероятность рецидива болезни.

3. ВАТС - хирургическое вмешательство по поводу туберкулом, позволило уменьшить травматичность операции и количество послеоперационных осложнений, раньше начать послеоперационное противотуберкулезное лечение.

4. Период противотуберкулезного лечения протяженностью 8–9 месяцев по поводу туберкулом является достаточным для того, чтобы не допустить рецидива болезни.

ТАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Сушков С.А., Небылицин Ю.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Актуальность проблемы лечения пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей в современной клинической медицине обусловлена распространенностью тромботических поражений и их значимостью в возникновении тромбозэмболических осложнений, которые могут стать непосредственной причиной смерти пациента [1, 2].

Целью исследования являлось изучение возможностей диагностики и выработки оптимальной тактики лечения пациентов с ТГВ.

Материалы и методы. В клинике наблюдались 450 пациен-

тов с ТГВ (мужчин – 254, женщин – 196) в возрасте от 15 до 88 лет ($55,2 \pm 12,8$ года). Левосторонняя локализация патологического процесса наблюдалась у 257, правосторонняя – у 188, двусторонняя – у 5 больных. Илиофemorальный тромбоз выявлен у 125 пациентов, тромбоз бедренной вены – 123, тромбоз подколенной вены – 80, тромбоз вен голени – 102, тромбоз мышечных синусов голени – 20. У 5 пациентов венозный тромбоз осложнился тромбоэмболией легочной артерии. Применялись лабораторные и инструментальные методы исследования (ультразвуковое доплерографическое исследование, дуплексное и триплексное ангиосканирование, ретроградная илиокавография). Для оценки тромбоцитического состояния крови производилось исследование коагуляционного гемостаза. Цифровой материал обрабатывали статистически с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica-6. Операционные характеристики диагностических тестов рассчитывали с применением четырехпольной таблицы (латинский квадрат). На его основе вычисляли стабильные характеристики: чувствительность, специфичность, а также прогностичность положительного и отрицательного результатов [3, 4].

Результаты. Наибольшей чувствительностью обладали клинические проявления: отек, боль и симптом Хоманса. Однако они имели довольно низкую специфичность. Это свидетельствовало о том, что данные симптомы можно применять для первичной диагностики. Они позволяют не пропустить пациентов, имеющих ТГВ нижних конечностей. Однако низкая специфичность требует для уточнения диагноза проведения углубленного инструментального обследования. Все остальные симптомы нецелесообразно использовать для диагностики, так как они обладают очень низкой чувствительностью.

Наиболее информативными показателями оказались: активированное частичное тромбопластиновое время, активированное время рекальцификации, которые были укорочены на 15,9%, 17,6%, и концентрация фибриногена А, она оказалась повышена на 61,6%.

Были обследованы 128 пациентов, которым определяли число циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК). В активную стадию процесса количество ЦЭК оказалось выше на 67,9%, при этом процент неповрежденных клеток был ниже на 7%.

Лечебная схема основывалась на данных обследования. В

случае выявления флотирующего тромба в бедренном или подвздошном сегментах в экстренном порядке производилась ретроградная илиокавография и выполнялось оперативное вмешательство. Методом выбора являлись чрескожная имплантация кавальфильтра, открытая тромбэктомия и перевязка наружной подвздошной вены. Летальных исходов не было. Стандартная консервативная терапия включала: эластическую компрессию нижних конечностей, введение антикоагулянтов прямого и непрямого действия, антиагрегантов, ангиопротекторов, применение флеботропной терапии. По мере улучшения клинической картины антикоагулянты прямого действия под контролем свертывающей системы крови отменялись и пациент переводился на антикоагулянты непрямого действия. После выписки из стационара пациентам рекомендован дальнейший прием антикоагулянтов непрямого действия и антиагрегантов до 8 месяцев под контролем протромбинового индекса и международного нормализованного отношения, высокая эластическая компрессия обеих нижних конечностей.

Заключение

1. Диагностические мероприятия должны включать исследование коагуляционного гемостаза, ультразвуковую диагностику и при необходимости ретроградную илиокавографию.
2. В качестве дополнительного диагностического метода можно использовать определение уровня циркулирующих эндотелиальных клеток.
3. При дистальных формах ТГВ без признаков прогрессирования процесса показана консервативная терапия.
4. При восходящем ТГВ с формированием флотирующего тромба показано экстренное оперативное вмешательство.

Литературные ссылки

1. Заболевания вен / под ред. Х.С. Фронек; пер. с англ. под ред. И.А. Золотухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 208 с.
2. Plebology / A. –A. Ramelet [et al.]. – Elsevier Masson SAS – All rights reserved, – 2008. – 570 p.
3. Банержи, А. Медицинская статистика понятным языком / А. Банержи. – М.: Практическая медицина. – 2007. – 287 с.
4. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М.: Медиа Сфера. – 1998. – 350 с.