

Предупреждение тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) при острых тромбозах нижней полой вены и ее притоков остается актуальной проблемой хирургии. Ее медицинская и социальная значимость определяется довольно высокой



частотой флеботромбозов глубоких вен нижних конечностей и таза [11], тяжелыми последствиями этих заболеваний (ТЭЛА, хроническая венозная недостаточность), ограниченными возможностями и неудовлетворительными результатами хирургического и консервативного лечения [16].

Значительные перспективы для профилактики ТЭЛА и лечения флеботромбозов в системе нижней полой вены (НПВ) открывают эндоваскулярные катетерные вмешательства и в первую очередь имплантация кава-фильтров (КФ).

После пионерских работ Mobin-Uddin КФ стали широко применяться в клинической практике. По данным J. Reekers [18], только в США ежегодно имплантируют 90 000 КФ. Однако их использование породило много вопросов, требующих ответа. Прежде всего они связаны с конструкцией фильтрующего устройства, методикой его установки, дальнейшей судьбой фильтра в организме больного, возможностями восстановления проходимости венозного русла.

Многолетний опыт применения КФ "Рэптэла" (1982-1996 гг.) позволил нам объективно оценить положительные и отрицательные стороны метода, уточнить требования, предъявляемые к конструкции КФ, пересмотреть тактику комплексных мероприятий, направленных на повышение эффективности лечения острых тромбозов в системе НПВ и предупреждения ТЭЛА. В связи с этим в клинике факультетской хирургии РГМУ совместно с ООО "Комед" (Россия) были разработаны оригинальные конструкции КФ и инструментов для эндоваскулярной тромбэктомии из нижней полой и подвздошных вен. Применение этих устройств расширило возможности эффективного лечения венозных тромбозов и профилактики ТЭЛА методами эндоваскулярной хирургии.

С ноября 1995 г. по декабрь 2001 г. 1089 больным выполнено 1141 рентгеноэндоваскулярное вмешательство, в том числе 61 тромбэктомия из нижней полой и общих подвздошных вен, 35 регионарных тромболизисов, 880 имплантаций постоянного КФ "Песочные часы" и его модификаций, 159 имплантаций съёмных (временных) КФ "Зонтик", 3 установки фильтра-стента, 3 низведения гигантского флотирующего тромба корзинкой Доттера с последующей имплантацией КФ.

Среди пациентов было 458 женщин и 631 мужчина в возрасте от 15 до 84 лет (в среднем 54,7 года). В процессе ангиографических и/или триплексных УЗИ флотирующие тромбы в общих бедренных венах были обнаружены у 153 больных, в наружных подвздошных венах - у 342, в общих подвздошных венах - у 454 и в нижней полой вене - у 140 больных. При этом эмболоопасные тромбы в инфраренальном сегменте НПВ обнаружены в 103 наблюдениях, в интравенальном - в 26 и в суправенальном - в 11 наблюдениях. У 458 больных была ТЭЛА различной степени тяжести.

Для проведения эндоваскулярных вмешательств применяли отечественные устройства и инструменты: КФ "Песочные часы" и "Зонтик", стент-фильтр для подвздошных вен и тромбэкстрактор "Трекс". Их конструкция и методика применения подробно описаны в ранее вышедших из клиники публикациях [4, 6, 7].

Регионарный тромболизис проводили по общепринятой методике. Катетер 4-5 F вводили путем венесекции задней большеберцовой вены или по Сельдингеру через подколенную, бедренную, подключичную вены в тромботические массы. На всем протяжении их пропитывали 250 000 ЕД стрептазы. Затем вводили препарат капельно по 100 000 ЕД в час в течение 24-96 ч, контролируя эффективность лизиса УЗИ и ангиографией.

Эндоваскулярные вмешательства сопровождались антикоагулянтной и антиагрегантной терапией.

В отдаленном периоде, в сроки от 2 до 72 мес (в среднем 31,4 мес), было обследовано 326 (29,9%) больных, перенесших вмешательства, направленные на профилактику ТЭЛА.

Эффективность профилактики ТЭЛА после проведенных эндоваскулярных вмешательств подтверждена у 1066 (97,9%) больных. ТЭЛА обнаружена у 23 (2,1%) пациентов.

Применение катетерной тромбэктомии и регионарного тромболизиса позволило частично или полностью восстановить проходимость вен у 67 (69,8%) из 96 пациентов и отказаться у них от постоянной имплантации КФ.

Съёмный КФ "Зонтик" удален у 26 больных, что составило 49,1% пациентов, которым исходно предполагалась временная имплантация.

На госпитальном этапе умер 21 (1,9%) больной. Причиной смерти 18 (1,7%) из них была сердечно-легочная недостаточность, обусловленная ТЭЛА, возникшей до установки КФ,

Нижние конечности, профилактика, лечение и защита

Автор: Administrator

14.04.2008 05:08 - Обновлено 26.11.2008 16:02

в 2 (0,2%) наблюдениях - повторной ТЭЛА и в 1 (0,09%) - ТЭЛА из-за технической ошибки в процессе катетерной тромбэктомии (разрыв мешка тромбэкстрактора).