

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

И.С.Пуляева

*ГУ "Институт общей и неотложной хирургии АМН
Украины" (Харьков)*

Введение

Известно, что до 10% идиопатических тромбозов проявляется в ближайшие годы в виде злокачественных образований. У каждого пятого такого пациента развиваются тромбогенные осложнения. Нарушения сбалансированного функционирования свертывающей системы крови и их последствия (тромбозы и геморрагии) - одна из основных причин смерти среди пациентов с опухолевыми заболеваниями. Тромбозы и тромбоземболии являются одной из основных причин смерти больных с неоплазиями. [1] Рак вызывает тромбозы как из-за тромбогенности самой опухоли (тканевые факторы) [3], так и в результате сдавления вен [2]. Более того само заболевание приводит к истощению, иммобилизации, необходимости химиотерапии. Наличие протромбиновых нарушений таких как фактор Лейдена, протромбин А у онкологических больных увеличивают риск ТГВ. Самыми тромбогенно-опасными среди всех типов рака являются аденокарциномы. Также высокотромбогенным является рак поджелудочной железы, толстого кишечника, органов малого таза [4].

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ ГУ "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины" и является фрагментом НИР "Усовершенствовать методы диагностики и лечения острых и хронических нарушений кровообращения в системе нижней полой вены" (№ госрегистрации 0104U000001).

Цель работы: комплексное лечение тромбозов глубоких вен у больных онкологического профиля.

Материалы и методы исследования

В клинике ГУ "ИОНХ АМНУ" с 2008 по 2011 пролечено 46 больных с ТГВ в сочетании с новообразованиями различной локализации. Среди этих пациентов было мужчин - 21 и женщин - 25. По локализации тромботических масс пациенты были разделены на три группы:

- 1 группа включала в себя больных тромбозом вен голени, в нее вошли - 5 больных,
- 2 группа включала в себя больных с 19 тромбозами бедренно-подколенного сегмента.
- 3 группа включала в себя 22 больных с тромбозом подвздошно-бедренного сегмента.

По локализации новообразования больные были разделены на следующие группы: новообразование органов грудной клетки (4), органов брюшной (21) полости, органов малого таза (20). Все больные были II и III клинических групп, которым необходимо было проводить комплексное лечение основного заболевания.

Полученные результаты и их обсуждение

При выборе хирургической тактики венозного тромбоза важно определиться с давностью тромботических масс, состоянием верхушки тромба, наличием кровотечения и необходимостью в неотложном оперативном лечении новообразования. Больным с окклюзирующими или пристеночными тромбозом глубоких вен (ТГВ) проводилась антикоагулянтная терапия при давности более 7 суток. Больным с флотирующей головкой тромба, окклюзирующими или пристеночными тромбозом до 7 суток, в зависимости от сопутствующей патологии выполняли оперативные вмешательства. Во второй группе 2 больным с ТГВ выполняли тромбэктомию из подколенной вены с вшиванием заплаты, 3 больным выполнили тромбэктомию из БВ с флотирующей головкой тромба. В третьей группе выполнили 4 тромбэктомии из ОБВ и БВ при давности тромботических масс до 5 дней, что позволило полностью удалить тромботические массы с сохранением функции клапанного аппарата. 5 больным выполнили тромбэктомию с резекцией бедренной вены при тромбозе сроком более 7-10 суток, в связи с фиксацией тромбов к стенке вены. 6 больным выполнили тромбэктомию из общей бедренной вены с последу-

ющей пликацией вены проксимальнее удаленных тромботических. 3 больным выполнили пликацию общей подвздошной вены. 2 больным с флотирующим тромбозом НПВ и кровотечением выполнили имплантацию съемного кава-фильтра. Пликацию ОБВ И ОПВ выполняли, как правило, при симультанных операциях по поводу новообразования и венозного тромбоза. Антикоагулянтная терапия венозного тромбоза у онкологических больных проводилась в зависимости от стадии онкопроцесса и риска кровотечения. Таким образом

- низкомолекулярные гепарины в лечебных дозах в течение 1-2 мес. с последующим переводом на антикоагулянты непрямого действия под контролем МНО или ПИ (назначались пациентам после радикального лечения с высоким риском кровотечения)

- низкомолекулярные гепарины в лечебных дозах пожизненно (неоперабельные пациенты и онкобольные после паллиативного лечения)

- низкомолекулярные гепарины в лечебных дозах в предоперационном периоде и в течение 7-10 дней послеоперационного периода с переводом на АНД под контролем МНО или ПИ) до полного их выздоровления (онкобольные после радикального лечения с низким риском кровотечения).

Онкологическим больным выполняли эмболизацию опухоли на фоне лечения ТГВ антикоагулянтами прямого действия. У онкологических больных без активного кровотечения эмболизацию выполняли под контролем свертывающей системы крови в предоперационном периоде путем предварительного введения спазмолитиков для селективной дистальной эмболизации новообразования, что позволяло подготовить пациентов для радикального лечения в период фиксации тромботических масс.

Предложенная тактика лечения способствовала снижению частоты послеоперационных осложнений в виде ТЭЛА и кровотечений. В раннем послеоперационном периоде ретромбоз тромбоз наблюдался в 2,1%. Кровотечения выявлены в 6,5%, летальности от ТЭЛА и кровотечения составили 4,3%.

Выводы

1. Тромбоз глубоких вен в остром периоде не является противопоказанием для оперативного лечения онкологических больных.

2. Селективная дистальная эмболизация опухоли и профилактика желудочно-кишечных кровотечений на фоне антикоагулянтной терапии позволили снизить число геморрагических осложнения до 6,5%.

3. Внедрение разработанного подхода к лечению и профилактики тромбоза глубоких вен у онкологических больных позволило снизить частоту ТЭЛА до 2,1%.

Литература

1. Соколова А.В. Профилактика и лечение тромбозов вен и тромбоэмболий у больных с онкологическими заболеваниями / А.В. Соколова, С.В. Кузнецов, Н.А. Афанасьева // "Современная онкология": материалы научно-практической конференции. - М., 2010. - № 1. - С.4-8.

2. Furie B. Cancer-associated thrombosis / B. Furie, B.C. Furie // Blood Cells Mol Dis. - 2006. - Vol. 36. - P. 177-81.

3. Bick R.L. Coagulation abnormalities in malignancy: a review / R.L. Bick // Sem Thromb Hemost. - 1992. - Vol. 18. - P. 353.

4. Systematic review: the Trousseau syndrome revisited: should we screen extensively for cancer in patients with venous thromboembolism? / M. Carrier, G. Le Gal, P.S. Wells, D. Fergusson // Intern Med. - 2008. - Vol. 149 - P. 323-33.

Резюме

Пуляева И.С. Хирургическое лечение тромбозов глубоких вен нижних конечностей у больных онкологического профиля.

Тромбозы и тромбоэмболии являются одной из основных причин смерти больных с неоплазиями. Рак вызывает тромбозы как из-за тромбогенности самой опухоли (тканевые факторы), так и в результате сдавления вен. При выборе хирургической тактики венозного тромбоза важно определиться с давностью тромботических масс, состоянием верхушки тромба, наличием кровотечения и необходимостью в неотложном оперативном лечении новообразования. Больным с окклюзирующими или пристеночными тромбозом глубоких вен (ТГВ) проводилась антикоагулянтная терапия при давности более 7 суток. Пликацию ОБВ И ОПВ выполняли, как правило, при симультанных операциях по поводу новообразования и венозного тромбоза. Антикоагулянтная терапия венозного тромбоза у онкологических больных проводилась в зависимости от стадии онкопроцесса и риска кровотечения. Тромбоз глубоких вен в остром периоде не является противопоказанием для оперативного лечения онкологических больных.

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен нижних конечностей, неоплазии, хирургическое лечение.

Резюме

Гуляєва І.С. Хірургічне лікування тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок у хворих онкологічного профілю.

Тромбози та тромбоемболії є однією з основних причин смерті хворих з новоутвореннями. Рак викликає тромбози як через тромбогенність самої пухлини (тканинні фактори), так і в результаті здавлення вен. При виборі хірургічної тактики венозного тромбозу важливо визначитися з давністю тромботичних мас, станом верхівки тромбу, наявністю кровотечі і необхідністю негального оперативному лікування новоутворення. Хворим з оклюдуючим або пристінковий тромбозом глибоких вен (ТГВ) проводилась антикоагулянтна терапія при давності більше 7 діб. Пликація ЗСВ і ЗЗВ виконували при симультанних операціях з приводу новоутворення і венозного тромбозу. Антикоагулянтну терапію венозного тромбозу у онкологічних хворих проводили в залежності від стадії онкопроцесу і ризику кровотечі. Тромбоз глибоких вен в гострому періоді не є протипоказанням для оперативного лікування онкологічних хворих.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, новоутворення, хірургічне лікування.

Summary

Pulyaeva I.S. Surgical treatment of thrombosis of deep veins in cancer patients.

Thrombosis and thromboembolism are a major cause of death in patients with neoplasias. Cancer causes thrombosis, both because of the tumor thrombogenicity (tissue factor), and as a result of compression ven. Surgical treatment of venous thrombosis is important to determine the prescription of thrombotic masses, the beginning of thrombus, the presence of bleeding and the need for urgent operative treatment of patients with cancer and deep vein thrombosis (DVT). Plication CSV and CIV are performed, usually during simultaneous operations for tumors, and venous thrombosis. Anticoagulation therapy in cancer patients was carried out according to the stage and the risk of bleeding. Deep vein thrombosis in the acute period is not a contraindication for surgical treatment in cancer patients.

Key words: thrombosis of deep veins, neoplasias, surgical treatment.

УДК 617.713 - 036 - 073.178 - 08 - 035

ДИАГНОСТИКА ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ

И.В. Шаргородская

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шурика (Киев)

Введение

Диагностика прогрессирующей близорукости остается до настоящего времени одной из наиболее актуальных проблем офтальмологии. Актуальность проблемы в значительной степени усиливается тем, что за последние года заболеваемость миопией в Украине увеличилась в 4 раза [9]. Увеличение распространенности миопии в детском возрасте можно объяснить, опираясь на гидродинамическую и генетическую теории, которые реализуются под негативным влиянием факторов окружающей среды (негативные условия жизни, повышенное зрительное напряжение во время учебы и другие) [9]. По мнению многих авторов [1, 2], около 50,0% инвалидизирующего влияния миопии можно преодолеть, путем более активной ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации, которая в Украине практически отсутствует.

В настоящее время большинство исследователей разделяют мнение о том, что по своему происхождению, течению и прогнозу близорукость неоднородна [3, 13, 14]. Глубокий патогенетический подход позволил сформулировать Э.С.Аветисовым так называемую трехфакторную теорию миопии (генетический фон; неблагоприятное соотношение аккомодационной способности и зрительной нагрузки; ослабление прочностных свойств склеры, способствующих растяжению глаза в переднезаднем направлении) [7]. Ведущая роль склерального фактора в патогенезе прогрессирующей близорукости признана абсолютным большинством исследователей [2,14,15]. Попыткам прогнозирования высокой прогрессирующей близорукости посвящено немало работ. В качестве прогностических критериев выделяли степень миопии, длину переднезадней оси (ПЗО), время возникновения близорукости, скорость