



Рис. 6. Схема соотношения элементов «имплантат — абатмент — коронка», протетической плоскости и условий для имплантации: а) синус-лифтинг; б) уровень требуемой пластики

Таким образом, анализ телерентгенограмм и ортопантомограмм, полученных без разобщения зубных рядов межрезцовым фиксатором и определение истинного межальвеолярного расстояния в области беззубых фрагментов челюстей позволяют нам рекомендовать эту методику для широкого применения в случаях планирования не только имплантации, но и при лечении различных форм деформации зубных рядов и ориентации протетической или окклюзионной плоскостей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржанцев А. П. Диагностические возможности панорамной зонографии челюстно-лицевой области: автореф. дисс... д-ра мед. наук. — М., 1998. — 32 с.
2. Кибкало А. П., Дмитриенко Д. С., Засядкина Е. В., и др. Диагностические возможности компьютерной ортопантомографии: метод. реком. — Волгоград, 2006. — 21 с.
3. Кулаков А. А., Рабухина Н. А., Аржанцев А. П., // *Стоматология*.— 2006. — № 1. — С. 34—40.
4. Рабухина Н. А., Жибицкая Э. И., Аржанцев А. П. Ортопантомография в стоматологии: метод. реком. — М. — 1989. — С. 17.
5. Трезубов В. Н., Курочкин Ю. К. Способ рентгеноцефалометрического анализа челюстно-лицевой области при деформации зубных рядов: метод. реком. / Калинин, 1985.— 15 с.

УДК616.18-089-005.6

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРЫХ ИЛЕОКАВАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ

А. А. Полянцев, П. В. Мозговой, А. М. Линченко, Д. В. Круглова, В. В. Репина

Кафедра общей хирургии с курсом урологии ВолГМУ

В работе представлен опыт хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) пациентов с венозными тромбозами за период с 2004 по 2007 гг. в клинике общей хирургии им. А. А. Полянцева. Продемонстрировано, что при невозможности полностью ликвидировать тромбофилическое состояние при эмболоопасных илеокавальных флеботромбозах методом выбора для профилактики ТЭЛА является пликация нижней полой вены.

Ключевые слова: венозный тромбоз, илеокаваальный венозный сегмент, пликация нижней полой вены.

PROPHYLAXIS OF PULMONARY ARTERIAL THROMBOEMBOLY IN ACUTE ILEO-CAVAL VEIN THROMBOSIS

A. A. Polyantsev, P. V. Mozgovoy, A. M. Linchenko, D. V. Kruglova, V. V. Repina

Volgograd State Medical University, Department of General Surgery with the course of Urology

The paper presents our experience of pulmonary arterial thromboemboly surgical prophylaxis in patients with vein thrombosis treated during the period 2004—2007 in the clinic of General Surgery with the course of Urology named after A.A. Polyantsev. If thrombophylic condition in the threatening embolic ileo-caval phlebothrombosis cannot be eliminated, the method of choice in pulmonary arterial thrombosis prophylaxis is plication of the inferior cava vein.

Key words: venous thrombosis, iliac-cava venous segment, plication of the inferior cava vein.

Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью острых венозных тромбозов (ОВТ) среди населения. Эпидемиологические исследова-

ния показывают, что частота ОВТ составляет 160 случаев на 100 тыс. населения, при этом частота фатальных тромбозов легочной артерии (ТЭЛА)

— 60 на 100 тыс. У 35,3—41,0 % больных, поступивших в стационар с острыми тромбозами в системе нижней полой вены, выявляется эмболоопасный характер тромба [1]. При нелеченных ТЭЛА, развившихся на фоне флеботромбоза вен таза и нижних конечностей, летальность достигает 20—30 %, в случаях своевременной постановки диагноза и адекватном лечении уровень смертности может снижаться до 10 % [7]. Возможности консервативной терапии в профилактике ТЭЛА при состоявшемся флеботромбозе ограничены. Широко используемая антикоагулянтная терапия может способствовать только ограничению роста тромба, кроме того, в некоторых случаях она приводит к разрушению тромба и тромбоземболии [2]. Строгий постельный режим также имеет ограниченные профилактические возможности, так как его длительность обычно не превышает 7—10 дней, а эмбологенность тромбоза может сохраняться на протяжении двух месяцев и более [4, 5]. По данным литературы при проведении изолированной консервативной терапии ОВТ частота нелетальных ТЭЛА составляет 2,0 % случаев; летальных 1,3 % [3]. Таким образом, возникает необходимость поиска других неконсервативных способов профилактики ТЭЛА.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность хирургических методов профилактики ТЭЛА у пациентов с эмболоопасными проксимальными тромбозами.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование вошли 23 пациента, которым с целью профилактики ТЭЛА были выполнены вмешательства на нижней полой вене или подвздошных венах. Средний возраст пациентов составил $39,5 \pm 4,3$ лет. Среди пациентов преобладали женщины, их было 15 (65,22 %), мужчин — 8 (34,78 %). Все пациенты находились на лечении в общехирургических стационарах, в которых отсутствовала возможность выполнения рентген-ангиохирургического исследования или вмешательства (флебография, имплантация кава-фильтра). Диагноз остро илеофemorального флеботромбоза ставился на основании клинических данных. В 15 случаях была возможность выполнения ультразвукового дуплексного сканирования магистральных сосудов в предоперационном периоде. При наличии ультразвукового дуплексного сканера определялась проксимальная граница тромбоза и его характер, что в ряде случаев определяло показания к оперативному вмешательству. Наличие у пациента тромбоземболии легочной артерии определялось на основании предварительной оценки вероятности ТЭЛА по М. Rodger and P.S. Wells [6], а также с помощью инструментальных методов исследования — рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ. Результаты операций были оценены в раннем послеоперационном периоде у всех пациентов, в

отдаленном послеоперационном периоде у 16 больных в срок от 6 месяцев до 3 лет.

Верхняя граница тромботического процесса локализовалась в области нижней полой вены у 4 (17,3 %) больных, в общей подвздошной вене у 15 (65,2 %), в наружной подвздошной вене у 4 (17,3 %). Флотирующий характер тромбоза, по данным УЗИ, был обнаружен у 9 (39,1 %) пациентов. Признаки тромбоземболии ветвей легочной артерии выявлены до операции у 6 больных (26,1 %).

Показания формировались на основании дооперационного обследования, они представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показания к хирургической профилактике ТЭЛА

Показание к операции	Кол-во больных	%
Флотирующий характер тромбоза	9	39,1
Рецидивирующая ТЭЛА	6	26,1
Родоразрешение на фоне ОВТ	5	21,7
Удаление опухоли забрюшинного пространства на фоне ОВТ	3	13,0
Всего больных	23	100,0

Всего было выполнено 23 операции. В подавляющем большинстве случаев это были операции, направленные на создание препятствия для миграции эмбола в проксимальном направлении: пликация или перевязка сосуда. В одном случае была выполнена изолированная тромбэктомия из илеофemorального венозного сегмента с помощью катетера Фогарти. Частота выполнения различных операций представлена в табл. 2.

Таблица 2

Виды выполненных оперативных вмешательств

Вид операции	Кол-во больных	%
Пликация нижней полой вены	16	69,5
Перевязка общей подвздошной вены	2	8,7
Перевязка наружной подвздошной вены	4	17,4
Тромбэктомия из подвздошно-бедренного венозного сегмента	1	4,3
Всего больных	23	100,0

В 8 (34,8 %) случаях пликация нижней полой вены сопровождалась тромбэктомией из илеокавального венозного сегмента. Симультантные операции были выполнены 7 больным, при этом операции на венах в 4 (21,74 %) случаях были выполнены вместе с кесаревым сечением, в 3 (13,0 %) случаях вместе с удалением опухоли забрюшинного пространства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты операций были оценены в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде. Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было. Частота ранних осложнений представлена в табл. 3.

Таблица 3

Частота ранних послеоперационных осложнений

Вид осложнения	Кол-во больных	%
Ретромбоз после тромбэктомии	4	17,4
Тромбоз контралатерального венозного сегмента	1	4,3
Рецидив тромбоземболии ветвей легочной артерии	1	4,3
Нагноение послеоперационной раны	1	4,3
Лимфорея	3	13,0
Всего	23	100,0

Наиболее частым послеоперационным осложнением был ретромбоз после тромбэктомии из илеокавального венозного сегмента. Данное осложнение наблюдалось у 4 пациентов. В связи с тем, что тромбэктомия была выполнена у 8 больных, частота данного осложнения составила 50 %. Основными причинами развития ретромбоза мы считаем наличие у пациентов некупируемого тромбофилического состояния, несмотря на проводимую антикоагулянтную терапию, и выполнение данной операции в сроки более 3 суток после начала заболевания. В одном случае (4,3 %) после перевязки наружной подвздошной вены мы наблюдали развитие тромбоза с контралатеральной стороны с развитием тромбоземболии легочной артерии. В последующем у данной пациентки была выявлена вторичная тромбофилия на фоне онкологического процесса. В настоящий момент в подобных ситуациях мы предпочитаем выполнять пликацию нижней полой вены, что позволяет более надежно профилаксировать рецидив тромбоземболии. В 1 (4,3 %) случае после операции развилось нагноение послеоперационной раны, и у 3 (13,0 %) больных после тромбэктомии из бедренного доступа заживление послеоперационной раны было замедлено в связи с развитием лимфорей. Данные осложнения были успешно купированы с использованием консервативных методов. У 16 пациентов результаты изучены в отдаленном послеоперационном периоде. После выписки из стационара пациенты получали непрямые антикоагулянты и при необходимости специфическую терапию

при выявлении того или иного вида тромбофилии. Тромбоземболические эпизоды в отдаленном послеоперационном периоде у всех больных отсутствовали. Тромбоза нижней полой вены после пликации не было выявлено ни в одном из случаев. Более того, в 13 (81,5 %) наблюдениях в отдаленном послеоперационном периоде была отмечена реканализация зоны тромбоза и полное восстановление просвета нижней полой вены. Хроническая венозная недостаточность на стороне поражения I степени наблюдалась после операции у 10 больных (62,5 %), II степени — у 6 (37,5 %) пациентов. Венозной недостаточности кровообращения контралатеральной конечности после пликации нижней полой вены на фоне унилатерального флеботромбоза выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Хирургические методы профилактики ТЭЛА при эмболоопасных венозных тромбозах являются относительно безопасными и высокоэффективными
2. При невозможности полностью ликвидировать тромбофилическое состояние при эмболоопасных илеокавальных флеботромбозах методом выбора для профилактики ТЭЛА является пликация нижней полой вены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Goldhaber S. Z. // Lancet. — 2004. — Vol. 17, № 363. — P. 1295—1305.
2. Goldhaber S. Z. // Circulation. — 2003 — Vol. 108, № 23. — P. 2834—2838.
3. Heit J. A. // Am. J. Cardiovasc. Drugs. — 2001. — Vol. 1, № 1. — P. 45—50.
4. Holten K. B. // J. Fam. Pract. — 2004. — Vol. 53, № 1. — P. 38—40.
5. Kutlu R., Alkan A., Sigirci A., et al. // Cardiovasc-Intervent-Radiol. — 2003. — Vol. 26, № 5. — P. 492—495.
6. Rodger M., Wells P.S. // Thrombos.Res. — 2001. — Vol. 103. — P. 225—238.
7. Wolfe W. G. // Ann-Surg. — 2003. — Vol. 238, Suppl 6. — P. 67—71.