

применялись инъекции в мышцы голени препарата Неоваскулген по 1 ампуле с двухнедельным интервалом.

Результаты. Как показало наше исследование, через 6 месяцев после начала лечения (терапевтического ангиогенеза) было отмечено увеличение в мышцах голени белка VEGF-A, отражающего неоангиогенез и снижение белка pNIP3, характеризующего явления апоптоза, увеличение плотности капиллярной сети и структурированность мышечных волокон, повышение количества митохондрий. В крови на фоне лечения также определялось повышение концентрации VEGF-A. Подобные морфологические изменения сопровождались с достоверным повышением дистанции безболевого ходьбы (ДБХ). При этом отмечено, что наилучшие результаты лечения наблюдались при I (увеличение ДБХ с 1025 ± 30 до 1350 ± 25 м), IIА (увеличение ДБХ с 370 ± 45 до 520 ± 20 м) и, в меньшей степени, при IIБ степени ишемии (увеличение ДБХ с 170 ± 30 до 203 ± 15 м). Худшие результаты терапевтического ангиогенеза отмечены при III и IV степенях (данных за увеличение ДБХ получено не было), где преобладали явления апоптоза.

Выводы. Терапевтический ангиогенез посредством применения препарата Неоваскулген является высокоэффективным методом лечения пациентов с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей, способствующим благоприятной морфологической перестройкой мышц голени и увеличением дистанции безболевого пути. Лучшие результаты лечения наблюдались при начальных стадиях развития заболевания.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

КУНГУРЦЕВ Е.В., МИХАЙЛОВ И.П., ИСАЕВ Г.А., ТРОШКИНА Е.В.,
КУЛИКОВ С.И., НИКИТИНА О.В.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
pansvan2012@yandex.ru

Венозный тромбоз и тромбоемболия легочной артерии — это серьезная проблема современного здравоохранения. Венозные тромбоемболические осложнения возникают в самых разнообразных клинических ситуациях и осложняют течение многих заболеваний.

Цель: оптимизация тактики лечения венозных тромбоемболических осложнений.

Материалы и методы: с 2016 по 2018 гг. проведено лечение 530 больным с тромбозом глубоких вен нижних конечностей, из них у 218 (41.1 %) диагностированы флотирующие тромбы, эмболия легочной артерии выявлена у 76 (14,3%) пациентов.

Всем больным с массивной ТЭЛА — 48 пациентам — проведен системный тромболитический препаратом Активизе 100 мг. Больным с эмболией мелких ветвей легочной артерии — 28, а также больным с выявленным венозным тромбозом без осложнений проводилась консервативная терапия с динамическим ультразвуковым контролем.

Результаты. В группе больных с флотирующими тромбами у 119 (54.6%) пациентов на фоне консервативного

лечения флотирующая часть тромба лизировалась, либо фиксировалась к стенке вены, причем после тромболитического только у одного больного сохранялась флотация. 67 (30.7%) пациентов оперировано — выполнена тромбэктомия из подвздошных и бедренных вен, 42 из них (62.7%) операция проведена первым этапом перед остеосинтезом. 33 (15%) пациентам выполнена эндоваскулярная операция — установлен кава-фильтр.

Показанием к хирургическому лечению явилось невозможность выполнения раннего остеосинтеза и проведения адекватной консервативной терапии и/или увеличение размеров флотирующей части тромба, несмотря на проводимое лечение. Кава-фильтр устанавливался всем больным с тяжелой сопутствующей патологией.

Основной причиной неудачи консервативного лечения и ретромбозов в послеоперационном периоде является невозможность адекватного включения в работу мышечно-венозной помпы конечностей. Эффективность антикоагулянтных препаратов, включая новые пероральные антикоагулянты, была сопоставима и статистически не различалась.

Выводы:

1) У пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей осложненных массивной тромбоемболией легочной артерии проведение системного тромболитического позволяет не только снизить дефицит перфузии легких, но и в большинстве случаев лизировать эмбологенную вершину флотирующего тромба.

2) Хирургическая профилактика ТЭЛА показана пациентам с флотирующим, эмболоопасным тромбом, не позволяющим выполнить хирургическое лечение основной патологии или не поддающимся консервативной терапии.

4) Кава-фильтр устанавливается больным с рецидивирующей эмболией, а также пациентам с тяжелой сопутствующей патологией и невозможностью проведения адекватной антикоагулянтной терапии.

5) Тромбэктомия является альтернативой кава-фильтра и высокоэффективна у пациентов с благоприятным прогнозом лечения основного заболевания и возможностью ранней активизации больного.

6) Эффективность консервативной терапии в большей степени зависит от возможности усиления венозного кровотока, а не от типа антикоагулянтов.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

ЛЯЩУК А.В.¹, ТОРБА А.В.¹, ЛЮБИМАЯ В.Н.², ЧАЙКА О.О.¹,
КАТЕЛЕНЕЦ М.О.², НИЖЕЛЬСКИЙ В.Е.², МОВЧАНЮК А.С.²,
МОЛЧАНОВА Е.О.²

¹ ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки»

² ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР
ape4ka_kosinova@mail.ru

Актуальность. Программный гемодиализ (ПГД) остается ведущим методом лечения больных терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН). Эф-