**ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ: ОПЕРИРОВАТЬ ИЛИ НЕТ?**

Райханов М.А., Антикеев А.М., Серкиз О.А., Жусупов А.К., Абильтаев А.М.

КГП на ПХВ “Павлодарский областной кардиологический центр”, г. Павлодар, Казахстан

**Актуальность**. Легочная эмболия (ТЭЛА) представляет собой окклюзию легочных артерий тромбами любого происхождения, чаще всего образующимися в крупных венах ног или таза. Согласно Европейским рекомендациям, венозная тромбоэмболия является третьим наиболее частым острым сердечно-сосудистым синдромом после инфаркта миокарда и инсульта.

**Цель**. Изучить эффективность оперативного лечения тромбоэмболии легочных артерий.

**Методы**. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни; при которых в КГП на ПХВ «ПОКЦ» выполнялась тромбоэкстракция из легочных артерий при двусторонней массивной или субмассивной ТЭЛА.

**Результат.** В период с 2020 по 2022 гг. было проведено 27 оперативных вмешательств. У 33,3% пациентов причиной ТЭЛА явился острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей, у 11,1% пациентов - острый варикотромбофлебит нижних конечностей и у 55,5% пациентов причина не была выявлена. В 8 случаях был подключен аппарат экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). У 3 пациентов исход пребывания стал летальным, 24 пациента выписаны в удовлетворительном состоянии.

В 88,8% имели индекс события основного заболевания до 10 дней, у 11,1% индекс составил свыше 10 дней, которые и составили категорию экзотированных случаев. При поступлении всем пациентам проводилось определение уровня сатурации, который составил от 70 до 95%. На момент выписки у 100% пациентов он составил более 95%. По данным ЭХО-картины у 100% пациентов во время проведения предоперационной подготовки была выявлена недостаточность трикуспидального клапана 3 или же 4 степени, легочная гипертензия 2-3 степени, на контрольном ЭхоКГ в послеоперационном периоде, чаще всего на момент выписки, в 75% случаев замечено уменьшение трикуспидальной регургитации до 1-2 степени, снижение уровня легочной гипертензии до 1 степени в 58% случаев. В 29,1% ввиду тяжелой кардиореспираторной недостаточности потребовалось подключение ЭКМО. Замечено, что подключение аппарата ЭКМО улучшает шансы на выживание, однако длительное пребывание увеличивает риск осложнений, так 3 из 8 пациентов имели летальный исход ввиду нахождения на аппарате ЭКМО более 7 дней от ОНМК по ишемическому типу, острого мезентериального тромбоза, забрюшинной гематомы.