

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

А.А. Жолборсов, А.А. Ниязов, Н.Н. Жумагулов

КГМА им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Анализированы результаты оперативного лечения 246 больных с патологией брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде у больных развился тромбоз вен нижней конечности. Своевременно начатое немедикаментозное и фармакологическое лечение, профилактика тромбоэмболических осложнений при полостных операциях предотвращает развитие ТЭЛА.

Ключевые слова: тромбоз, вены нижней конечности, оперативное лечение.

**КӨНДӨЙ ИЧИНДЕГИ ОПЕРАЦИЯЛАРДА КЕЗДЕШҮҮЧҮ ТРОМБОЭМБОЛИКАЛЫК
КАБЫЛДООЛОР**

А.А. Жолборсов, А.А. Ниязов, Н.Н. Жумагулов

И.К. Ахунбаев атындагы КММА,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада ич көңдөйүнүн патологиясы бар 246 бейтапка оперативдик кийлигишүүдөн кийинки жыйынтыктардын талдоосу берилди. Операциядан кийинки алгачкы мезгилде бейтаптардын буттарынын веналарынын тромбозу пайда болгон.

Көңдөй ичине жасалган операцияларда кездешүүчү тромбоэмболикалык кабылдап кетүүлөрдүн алдын алуу учун, өз убагында жүргүзүлүп башталган медикаментоздук эмес жана фармакологиялык дарылоолор тромбоэмболикалык өтүшүп кетүүлөрдөн сактайт.

Негизги сөздөр: тромбоз, буттардын венасы, оперативдик дарылоо.

PREVENTION OF TROMBOEMBOLITIC COMPLICATIONS IN CAVITY OPERATIONS

A.A. Djolborsov, A.A. Niyazov, N.N. Djumagulov

KSMA named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract: We analyzed results of operative treatment of 246 patients with abdominal pathology. In the early postoperative period developed venous thrombosis of lower extremity.

Timely nonmedical and pharmacological treatment, prevention of thromboembolic complications in abdominal operations prevents pulmonary embolism.

Keywords: thrombosis, venous of lower extremity, operative treatment.

Введение. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) – нередкие и опасные осложнения, которым подвержены многие больные хирургического и травматологического профиля [3,5,12].

В отличие от тромбофлебита поверхностных вен, болезнь обнаруживает себя лишь у одного из восьми больных с верифицированным диагнозом ТГВ [2,8].

Перенесённый ТГВ не проходит бесследно. У большинства пациентов развивается посттромботическая болезнь поражённой конечности. Она может проявиться через 5-15 лет и регистрируется, примерно, у 25% больных, перенёвших распространённый тромбоз вен голени, у 46% пациентов с поражением сосудов голени и бедра и у 90-98% больных после илеофemorального тромбоза [1,5,11].

Треть больных с этим последствием ТГВ вынуждены сменить место работы или перейти на инвалидность [1,4].

У 21-34% лиц, перенесших ТГВ, развивается рецидив заболевания, который в 15% случаев приводит к такому грозному осложнению как тромбоэмболия ветвей и ствола лёгочной артерии, тогда как у больных, не страдавших тромбозом глубоких вен нижних конечностей, ТЭЛА развивается исключительно редко или вообще не встречается [3,6,7].

Большой удельный вес имеет ТГВ нижних конечностей у пациентов, находящихся в послеоперационном и посттравматическом периодах. У больных, перенесших различные оперативные вмешательства на органах грудной клетки или брюшной полости, тромбоз глубоких вен нижних конечностей развивается приблизительно в 30% случаев [1,3].

За последние годы наблюдалось значительное увеличение числа тромбозмболических осложнений (ТЭО) во всех странах мира. Частота развития ТЭО у больных, перенесшие полостные операции без специфической профилактики, составляет 18-22% [8,11,12].

Развитие послеоперационных ТГВ связано со стазом крови и гипертензией в венах нижних конечностей, состоянием повышенной готовности к тромбообразованию, свойственному организму в условиях «хирургической агрессии» [1,10], угнетением фибринолитической активности как в целом, так и фибринолитической активности самой венозной стенки [1,9].

Число больных с тромбозмболическими осложнениями основного заболевания растёт с каждым годом. В Германии ежегодно регистрируется 10000, а в США – 50000 и более летальных исходов от ТЭЛА [1].

Наиболее широкое применение для профилактики и лечения ТГВ в настоящее время получили

нефракционированный гепарин, низкомолекулярные (фракционированные) гепарины (Российский Консенсус 2000; Mongeal Bosch M. 2006).

В литературе имеются данные о том, что низкомолекулярные гепарины оказывают не только противосвёртывающее действие, но опосредованно обладают профибринолитическим эффектом, повышая активацию плазминогена с помощью тканевого активатора плазминогена [1,6].

Целью данного исследования является анализ послеоперационных венозных тромбозмболических осложнений у больных, перенесших операции по поводу заболеваний абдоминальной области.

Материал и методы исследования

В клинике имени акад. И.К. Ахунбаева Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период с 2008 по 2015 год под нашим наблюдением находилось 246 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу патологии брюшной полости.

Распределение больных по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего больных		в том числе по возрасту (в годах):						
	абс. число	%%	До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 71
Муж.	78	31,7	-	1	3	46	26	1	1
Жен.	168	68,3	1	6	18	67	62	11	3
Всего	246	100,0	1	7	21	113	88	12	4
			0,4	2,9	8,6	45,9	35,8	4,8	1,6

Из приведенной таблицы 1 видно, что мужчин было 78 (31,7%), а женщин 168 (68,3%). Больные были в возрасте от 20 до 76 лет. Основное их количество составили больные молодого, трудоспособного возраста. Средний возраст составил 42,21±2,4 лет.

У женщин, по сравнению с мужчинами, частота заболеваемости несколько выше и составила соотношение 2,1:1. Эта тенденция наиболее выражена в трудоспособном возрасте от 40 до 60 лет.

Длительность заболевания составила от нескольких дней до 16 лет. Средняя продолжительность болезни составила 6,6 ± 1,3 лет.

У 89 пациентов (36,1%) были сопутствующие заболевания. Среди них преобладали болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, пневмосклероз), потребовавшие тщательной предоперационной подготовки.

Для решения поставленной цели и задачи наши больные были разделены на две группы.

В первую группу вошли 126 больных (51,2%), оперированных по поводу заболевания брюшной полости, которым проведение комплекса мероприятий по профилактике тромбозмболических осложнений было начато в предоперационном периоде и продолжено на всех этапах хирургического лечения, вплоть до дня выписки из стационара (основная группа).

Вторую группу составили 120 больных (48,8%) оперированные по поводу заболевания брюшной полости, которым профилактика ТЭЛА проводилась по традиционной схеме (контрольная группа).

Характеристика больных по заболеваниям даны в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика хирургических больных по патологии

Характер патологии	группы			
	Основная		Контрольная	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки	2	1,6	3	2,5
Эхинококкоз печени	4	3,2	3	2,5
Острый калькулезный холецистит	12	9,5	14	11,7
Хронический калькулезный холецистит	95	75,4	83	69,2
Грыжа брюшной полости	3		5	4,2
Заболеваний щитовидной железы	6	4,8	4	3,2
Опухолевые заболевания печени	4	3,2	3	2,5
Острая кишечная непроходимость	-		5	4,2
Всего	126	100	120	100

Все больные были разделены на три группы, в зависимости от степени тромбогенного риска

оперативных вмешательств: низкая, средняя и высокая степень риска (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных по степени тромбогенного риска

Группы	Абс. ч.	Степень тромбогенного риска		
		Низкая	Средняя	Высокая
Основная	126	59	39	28
Контрольная	120	70	31	19
Итого:	246	129 (52,4%)	70 (28,5%)	47 (19,1%)

Объем профилактических мероприятий в каждой из них был различным. При наличии тромбофилических нарушений и дополнительных факторов риска (3 и более) – перевод на непрямые антикоагулянты (варфарин) под контролем МНО после выписки.

Безусловно, любое фармакологическое вмешательство для пациента небезопасно. Прежде чем применить какой-либо препарат, необходимо тщательно оценить, как его пользу, так и вред, который он может нанести. В данном случае речь идет об антикоагулянтной терапии, наиболее грозным осложнением которой является кровотечение.

Для каждого пациента необходимо определить, когда от фармакологического вмешательства будет максимальная польза, а риск осложнений будет минимальным.

Немедикаментозные меры профилактики направлены на ускорение венозного кровотока. В зависимости от вида операции мы рекомендуем своим больным раннюю активизацию в послеоперационном периоде.

В основной группе с низкой степенью риска мы назначали эластический массаж. Для этого применяли бинтование эластичным бинтом, ношение эластических чулок и гольфов. Они обеспечивали максимальное сдавление ног на уровне

лодыжек с постепенным его снижением в проксимальном направлении.

Больным со средней и высокой степенью риска назначали при поступлении больных в стационар фармакопрофилактику.

Базисная фармакопрофилактика включала гепарины различной молекулярной массы (нефракционированный гепарин, эноксапарин натрия, надропарин кальция).

За 4 года наблюдений в раннем послеоперационном периоде тромбоз глубоких вен установлен у 6 больных (все из группы высокого тромбогенного риска), у 9 больных выявлен тромбоз поверхностных вен нижних конечностей (больные относились к группе умеренного и высокого риска), у 2 больных илеофemorальный тромбоз сочетался с тромбозом подкожных вен (больные относились к группе умеренного и высокого риска). Средний возраст больных составил 56 лет, из них 7 мужчин и 10 женщин. Диагноз тромбоза глубоких и поверхностных вен подтвержден ультразвуковым сканированием венозной системы.

Таким образом, для улучшения результатов хирургического вмешательства при больших полостных операциях большое значение имеет профилактика ТГВ и ТЭЛА. Своевременно начатое немедикаментозное и фармакологическое лече-

ние, профилактика тромбозомболических осложнений при полостных операциях предотвращает развитие ТЭЛА. Оперативное лечение тромботических осложнений должно проводиться в отделении сосудистой хирургии, либо сосудистым хирургом с соответствующим уровнем квалификации на местах.

Литература

1. Баешко А.А. Послеоперационные венозные тромбозомболические осложнения: эпидемиология и профилактика // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - 2001. - Том 7, № 1. - С. 105-120
2. Воробьева Н.А., Пономарева И.А., Анисимов М.Г. Эпидемиология тромбозомболии легочной артерии // *Хирургия*. - 2008. - №8. - с. 73-77.
3. Дибиров М.Д. Профилактика и лечение тромбоза поверхностных и глубоких вен нижних конечностей // *Хирургия* - 2005. - №2. - С. 15-19.
4. Евтюхин А.И., Соколовская Н.Е., Леоненков В.В., Утешева М.А. Профилактика тромбоза глубоких вен и тромбозомболии легочной артерии у онкологических больных // *Современная онкология*. - 2001. - Том 3, №2. - С. 81-84.
5. Иванов А.В., Сахаров Л.Б. Профилактика и лечение флеботромбоза глубоких вен нижних конечностей // *Хирургия*. - 2004. - №1. - С. 4-7.
6. Кириченко Л.И., Леонтьев С.Г., Петухов Е.Б. Оценка эффективности гепаринов различной молекулярной массы и длительности их применения в лечении больных с острым венозным тромбозом // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - 2004. - Том 10, №1. - С. 18-28.
7. Лазаренко В. А., Мишустин В. И. Тромбозомболия легочной артерии у больных с травмой // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - 2005. - Том 11, №4. - С. 101-104.
8. Маджуга А.В., Симонова О.Р., Елизарова А.Д. О клинической значимости Д-димера в диагностике и лечении тромбозомболических осложнений и ДВС-синдрома у онкологических больных // *Анестезиология и реаниматология*. - 2005. - №5. - С. 55-57.
9. Agnelli G., Sonaglia F. Prevention of venous thromboembolism // *Vessels*.-2000.-Vol. 97, Ni. - P. 49-62.
10. Anton N., Massicotte M.R. Venous thromboembolism in pediatrics // *Seminars in vascular Medicine*. - 2001. -N 1.-P111-122.
11. Francis R.M., Brenkel I.J. Survey of use thromboprophylaxis for routine total hip replacement by British orthopaedic surgeons // *J. Hosp. Med*. - 1997. - N57. - P. 427-431.
12. Scurr J.H., Machin S.J., Bailey-King S. Frequency and prevention of symptomless deep-vein thrombosis in long-haul flights: a randomized trial // *Lancet*. - 2001. - N357. - P. 1485-1489.