

616.131–005.6/7–084

КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

Огоновський В.К., Палій О.І.

Клінічна лікарня Львівської залізниці, м. Львів

Ключові слова: хірургічне втручання, флеботромбоз, тромбоемболія легеневої артерії, профілактика, фактори ризику.

Востанні роки досягнуто значних успіхів щодо профілактики тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). Широке впровадження в практику гепаринів з низькою молекулярною масою обнадіяло хірургів на досягнення бажаного результату у запобіганні післяопераційного венозного тромбозу і ТЕЛА нерідко з фатальним кінцем. Проте, як свідчать дані літератури та результати власних досліджень, ця проблема досі не розв'язана. Низькомолекулярні гепарини не гарантують стовідсоткової ефективності, хоча вірогідно знижують частоту виникнення ТЕЛА після операції [7].

Актуальність проблеми ТЕЛА зумовлена не тільки тяжкістю перебігу захворювання і високою летальністю, а й значними труднощами щодо своєчасної діагностики ускладнення. Частота післяопераційного флеботромбозу досягає 32–62,4% і, як правило, його не діагностують [3, 4], хоча не будь-який тромбоз є джерелом емболії. Діагноз ТЕЛА за життя встановлюють лише у 32–51% хворих, які померли від ТЕЛА [1, 2]. Це свідчить, що лікувальні заходи у них були несвоєчасні і проведені не в повному обсязі. Звідси випливає, що підхід до профілактики післяопераційної ТЕЛА повинен бути комплексним.

Матеріали і методи дослідження

За 15 років проведені порівняльні патолого-анатомічні дослідження та аналіз даних історій хвороби 92 пацієнтів різних відділень клінічної лікарні, які померли від ТЕЛА. Також здійснений ретроспективний аналіз історій хвороб у 41 пацієнта після оперативних втручань на черевній порожнині, у яких ТЕЛА не була смертельною і ці хворі одужали. Вивчено вік хворих, стан серцево-судинної системи, величину тромба, ступінь перекриття легеневої артерії, джерела ТЕЛА, своєчасність діагностики ускладнення і, відповідно, застосування належного обсягу терапевтичних заходів, стан системи зсідання крові. На основі цих даних та зважаючи на дані літератури, визначені групи ризику, розроблений комплекс заходів специфічної й неспецифічної

профілактики післяопераційного венозного тромбозу і ТЕЛА у хворих, яким виконували оперативні втручання на органах черевної порожнини. Для визначення ефективності розробленого профілактичного комплексу отримані результати в основній групі (4286 хворих) порівнювали з частотою ТЕЛА у попередні роки (контрольна група – 5087 хворих).

Результати та їх обговорення

За даними патолого-анатомічного дослідження масивна або субмасивна ТЕЛА, що спричинила раптову смерть, виявлена у 49 (53,3%) хворих. Рецидивуючий перебіг ТЕЛА відзначений у 12 (13%) пацієнтів. При цьому епізод, який спричинив смерть, був переважно другим або третім. Попередні епізоди ТЕЛА не були належним чином оцінені і лікувально-профілактичні заходи не проведені у повному обсязі. Від ТЕЛА (її гілок) з виникненням інфаркт-пневмонії, гнійних легеневих ускладнень, що суттєво погіршували перебіг основного тяжкого захворювання, помер 31 (33,7%) хворий.

З померлих від ТЕЛА більшість – 73 (79,3%) хворих – були похилого та старечого віку. Проте, з усіх хворих, у яких виникла ТЕЛА, в тому числі і тих, що одужали, частка пацієнтів старечого і похилого віку була значно меншою – 31,3%. Це свідчило, що стан серцево-судинної та дихальної систем має важливе значення у стабілізації показників гемодинаміки у перші години від початку ТЕЛА і, відповідно, у прогнозі її перебігу. Це підтверджується також тим, що найбільша кількість хворих померли від ТЕЛА у кардіологічному відділенні – 33 (35,9%), у хірургічному відділенні – 30 (32,6%), у неврологічному – 15 (16,3%), в інших відділеннях – 14 (15,2%). У зв'язку з специфікою хворих кардіологічного, хірургічного та неврологічного відділень, саме тут пацієнти найчастіше прикуті до ліжка, що є одним з чинників, що сприяє виникненню венозного тромбозу.

Джерелом ТЕЛА були: глибокі вени нижніх кінцівок – у 69 (75,1%) хворих, вушко правого пе-

редсердя – у 7 (7,6%), флеботромбоз вен таза – у 3 (3,3%), у 13 (14,1%) померлих джерело емболії не встановлене. Аналізуючи історії хвороби померлих, ми встановили, що правильний і однозначний діагноз ТЕЛА за життя встановлений у 45 (49%) хворих. У 19 (20,6%) пацієнтів ТЕЛА не була розпізнана, у 28 (30,4%) – проводили диференціальний діагноз з інфарктом міокарда. Таким чином, лікувальні заходи в достатньому обсязі проведено у 73 (79,4%) пацієнтів. За рецидивного перебігу ТЕЛА перші епізоди, як правило, недооцінювали, і лікування їх було недостатнім.

Загальні показники системи зсідання крові до появи венозного тромбозу і ТЕЛА не були вірогідно змінені. У пацієнтів із запальним процесом органів черевної порожнини був підвищений вміст фібриногену, позитивний тест з етанолом. При виникненні у хворих флеботромбозу і ТЕЛА відзначали появу фібриногену В та позитивного тесту з етанолом, а також скорочення часу зсідання крові за Лі–Уайтом.

Розробляючи комплекс профілактичних заходів, ми брали до уваги результати отриманих даних, зокрема:

- у виникненні флеботромбозу і ТЕЛА визначальними є сповільнення кровотоку та зміна хімізму крові внаслідок ліжкового режиму та хірургічної агресії;
- наявність нормальних показників коагулограми у хворих до операції не дає права нехтувати профілактичними заходами у післяопераційному періоді;
- стан серцево-судинної та дихальної систем, окрім впливу на швидкість кровотоку, має важливе значення у стабілізації показників гемодинаміки у хворих з ТЕЛА у перші години і, відповідно, у прогнозі її перебігу.

З огляду на це та беручи до уваги дані літератури, розроблений комплекс неспецифічних профілактичних заходів, який проводили всім пацієнтам, яким виконували оперативне втручання. Він включав: активне ведення хворих після операції (піднімання хворих вже у день виконання операції, дихальна гімнастика); рухи в гомілково-стопних суглобах, починаючи з операційного столу (спочатку пасивні, а потім активні); достатню гемодилію, обов'язкову компенсацію розладів дихальної та серцево-судинної систем до операції (у хворих, яким виконували планову операцію), обережну прецизійну техніку оперування.

Специфічна профілактика ТЕЛА включала застосування низькомолекулярних гепаринів, пере-

важно фрагміну або фраксипарину, за потребою додатково призначали дезагреганти, аспірин.

Призначення специфічної профілактики ТЕЛА не виключало одночасного проведення комплексу неспецифічних профілактичних заходів. Фраксипарин або фрагмін вводили, як правило, в перші години після операції, продовжували 1–3 доби, залежно від тривалості ліжкового режиму та наявності факторів ризику. В літературі наведені різні режими застосування фраксипарину: від 2 год перед операцією до 12–24 год після неї [5].

До факторів ризику, на основі багаторічного аналізу даних власних спостережень, відносимо: ожиріння, цукровий діабет, онкологічні захворювання, травматичне й тривале оперативне втручання, відомості про тромбофлебіт в анамнезі. Таким пацієнтам абсолютно показана специфічна профілактика флеботромбозу і ТЕЛА. Відносним показанням є похилий і старечий вік, зважаючи на наявність супутніх захворювань серцево-судинної та дихальної систем. Такий підхід не суперечить даним інших дослідників [6].

В основній групі ТЕЛА виникла у 18 (0,42%) хворих, летальність становила 0,09% (померли 4 хворих). В контрольній групі ТЕЛА виникла у 33 (0,65%) хворих, померли 10 (0,2%).

Таким чином, застосування комплексу профілактичних заходів у хворих після оперативного втручання на органах черевної порожнини дозволило зменшити частоту тромбоемболічних ускладнень з 0,65 до 0,42%, тобто в 1,5 разу, а летальність від ТЕЛА – з 0,2 до 0,09%, тобто у 2 рази. При цьому ускладнень від застосування фраксипарину або фрагміну не було.

Висновки

1. Підхід до профілактики флеботромбозу і ТЕЛА повинен бути комплексним і включати як неспецифічні, так і специфічні заходи, ґрунтуючись на наявності факторів ризику у хворих.

2. Профілактику ТЕЛА слід проводити усім хворим після операцій на органах черевної порожнини, незважаючи на нормальні доопераційні рутинні показники коагулограми.

3. Розширення показань до застосування фраксипарину та фрагміну доцільне, зважаючи на їх достатню ефективність та відсутність ускладнень.

4. Прогноз перебігу ТЕЛА великою мірою залежить від стану серцево-судинної та дихальної систем. У зв'язку з цим корекція їх захворювань є обов'язковою під час підготовки хворих до планового оперативного втручання на органах черевної порожнини.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баешко А.А., Крючок А.Г., Юшкевич В.А. и др. Послеоперационная тромбоземболия легочной артерии // Хирургия. — 2000. — №2. — С.45–49.
2. Петровский Б.В., Малиновский Н.Н. Эмболия легочной артерии // Хирургия. — 1998. — №6. — С.7–11.
3. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Масивная эмболия легочной артерии. — М: Медицина, 1990. — 336 с.
4. Leclerc J.R. Venous thromboembolic disorders. — Philadelphia-London. — 1991. — 448 p.
5. Leclerc J.R., Geerts W.H., Desjardins L. et.al. Prevention of venous thromboembolism after knee arthroplasty. A randomized, double blind trial comparing enoxaparin with warfarin // Ann. Intern. Med. — 1996. — V.124, N.7. — P.619–626.
6. Sven-Erik M.D., Bergents M. What is new in the prophylaxis and treatment of venous thromboembolism? // Wld J. Surg.—1996. — V.20, N.10. — P.1141–1148.
7. Weinmann E.E., Salzman E.W. Deep vein thrombosis // New Engl. J. Med. — 1994. — V.333, N.2. — P.1630–1641.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**Огоновський В.К., Палий О.И.**

На основании анализа данных патолого-анатомического исследования и клинических наблюдений разработаны показания к проведению специфической и неспецифической профилактики тромбоземболии легочной артерии у больных, которым выполняли хирургическое вмешательство на органах брюшной полости. Применение разработанного профилактического комплекса мероприятий позволило достичь снижения частоты тромбоземболических послеоперационных осложнений с 0,65% до 0,42%, летальности от тромбоземболии легочной артерии — с 0,2 до 0,09%. Геморрагических осложнений, связанных с применением фраксипарина и фрагмина, не было.

COMPLEX PROPHYLAXIS OF PULMONARY EMBOLISM**Ohonovsky V.K., Paliy O.I.**

Analyses of the postmortem dissections and the clinical cases of pulmonary embolism were worked out. On the basis of these data there were elaborated complex measures for prophylaxis of venous thromboembolism in the patients with surgical abdominal diseases. Using of the methods resulted in decreasing of cases of pulmonary embolism from 0,65 to 0,42% and mortality — from 0,2 to 0,09%. Hemorrhagic complications in view of fraxiparine and fragmin administrating were not noted.