

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Меламед В.Д., Смотровин С.М., Страпко В.П., Фальковская О.В.,
Валентюкевич А.Л.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь*

Введение. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), являясь распространенным нарушением системы кровообращения, представляют собой одну из главных проблем хирургии и превышают один случай на 1000 пациентов [1]. Частота развития послеоперационных тромбозов составляет от 20 до 59% [2]. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей может протекать бессимптомно. Иногда первое и единственное его проявление – массивная тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Частота тромбоза глубоких вен нижних конечностей составляет 28–33% после операций на органах брюшной полости. После различных общехирургических оперативных вмешательств тромбоз глубоких вен нижних конечностей развивается в среднем у 29% больных. Частота ТЭЛА составляет в общехирургической популяции 2,3-10,5% наблюдений и является причиной смерти у послеоперационных больных в 25% случаев, занимая второе-третье места в структуре летальности в стационарах хирургического профиля [3].

Частота ВТЭО в течение последних 20 лет остаётся практически неизменной, во-первых, ввиду недостаточного использования и недооценки хирургами методов профилактики тромбоэмболических осложнений. Во-вторых, применение миорелаксантов при анестезиологическом пособии, расширение объема операций, увеличение количества пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией значительно увеличивает степень риска ВТЭО.

В зависимости от количества факторов риска и их значимости, выделяют степени риска возникновения ВТЭО. Риск осложнений в значительной степени зависит от типа операции, который наиболее высок (60% и более) при ортопедических и травматологических оперативных вмешательствах. Второе место занимают операции по поводу злокачественных новообразований, предрасполагающих к возникновению венозного тромбоза (риск развития этих осложнений по сравнению с теми же вмешательствами, но не по поводу онкологических заболеваний, увеличивается в 2–3 раза).

Существенное влияние на частоту ВТЭО оказывают техника выполнения оперативного вмешательства и его продолжительность: чем травматичнее и длительнее операция, тем выше шанс венозного тромбоза. К наиболее часто учитываемым факторам риска послеоперационных осложнений относят: возраст старше 40 лет, продолжительность операции более 1 часа, недавнее хирургическое вмешательство в анамнезе, прием эстрогенов, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, сердечная и легочная недостаточность, ожирение, инфекции, онкологические заболевания, ТГВНК и ТЭЛА в анамнезе, длительный постельный режим.

Известные факторы риска ВТЭО создают основу для стратификации больных и выделения наиболее опасных групп. Разные схемы определения степени риска подразделяют больных на группы низкого, умеренного и высокого риска в зависимости от наличия факторов, связанных с оперативным вмешательством и обусловленным состоянием больного. Способ оценки риска ВТЭО должен быть простым в применении, достаточно точно оценивать степень риска, основываться на объективных доказательствах и обеспечивать выбор адекватного ситуации метода профилактики.

В доступной нам литературе работ, посвященных профилактике ВТЭО при острой кишечной непроходимости, не найдено.

Цель исследования. Изучение и оценка эффективности системы комплексной профилактики тромбозмболических осложнений у больных с острой кишечной непроходимостью.

Материал и методы. В клинике хирургии с 2003 г. по первый квартал 2012 г. включительно находились на лечении 170 пациентов, у которых была диагностирована острая кишечная непроходимость. Среди них прооперированы 143 (84,1%) больных, всем проводилась профилактика ВТЭО, эффективность которой подвергнута анализу. Мужчин было 78 (54,6%), женщин – 65 (45,4%). В возрасте от 20 до 40 лет был 31 (21,7%) больной, от 40 до 60 лет – 33 пациента (23,1%), старше 60 лет – 79 больных (55,2%). Острая кишечная непроходимость у 112 (78,3%) пациентов была обусловлена спаечной непроходимостью, у 23 (16,1%) – опухолями толстого кишечника, у 6 (4,2%) – заворотом, у 2 (1,4%) пациентов – инвагинацией кишечника. Послеоперационная летальность – 4 (2,8%) пациента, от ТЭЛА умерших не было.

В хирургической практике мы придерживаемся трех степеней риска развития ВТЭО. К первой степени риска развития послеоперационных тромбоэмболических осложнений мы относим больных моложе 40 лет, которые перенесли несложные оперативные вмешательства, продолжительностью до одного часа, и имеют такие факторы риска, как избыточный вес и варикозную болезнь. В данной группе риска (35 пациентов) мы использовали известные неспецифические профилактические меры, к которым относятся ранняя активизация больных, компрессия нижних конечностей с использованием эластичных бинтов и эластического трикотажа, механотерапия, электростимуляция мышц голени. Антиагреганты (кардиомагнил, аспирин и др.) назначали при наличии варикозной болезни нижних конечностей. Мы разделяем точку зрения В.С.Савельева [4], что специфическая антикоагулянтная профилактика в этих условиях представляется неоправданно опасной и финансово-затратной.

Ко второй степени риска послеоперационных тромбоэмболических осложнений (68 больных) мы относили пациентов старше 40 лет при наличии следующих факторов риска: длительный постельный режим в пред- или послеоперационном

периодах, ожирение, варикозно-расширенные вены нижних конечностей, сердечно-сосудистые заболевания. Умеренный риск развития тромбоэмболических осложнений диктует необходимость дополнительного назначения антикоагулянтов. С этой целью мы использовали малые дозы гепарина по 5000 ЕД трижды в день под кожу живота, либо низкомолекулярные гепарины (клексан, фраксин, фраксипарин). Гепаринопрофилактика послеоперационного венозного тромбоза начиналась после окончания хирургического вмешательства и продолжалась до полной активизации больного. Параллельно проводились и неспецифические профилактические мероприятия.

К третьей степени риска послеоперационных тромбоэмболических осложнений мы относили больных со злокачественными заболеваниями, тяжелыми сопутствующими заболеваниями, сепсисом, ранее перенесенными венозными тромбозами (40 пациентов). В этой группе больных проводилась комбинированная профилактика, причем специфическая профилактика с использованием малых доз гепарина или низкомолекулярных гепаринов начиналась во время оперативного вмешательства и продолжалась в течение 7–10 дней.

Результаты. У больных с первой и второй степенью риска развития флеботромбозов и тромбоэмболических осложнений отмечено не было. При высокой степени риска развития ВТЭО (3-я степень) у 5 больных в послеоперационном периоде отмечены клинические признаки тромбоза поверхностных вен нижних конечностей, разрешенные консервативными мероприятиями. Клинических признаков флеботромбоза глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА не наблюдали.

Анализ клинических наблюдений показал, что оптимальным способом антикоагулянтной профилактики послеоперационного венозного тромбоза следует считать использование низкомолекулярных гепаринов (клексан, фраксин, фраксипарин, цибор). Главными достоинствами низкомолекулярных гепаринов по

сравнению с нефракционированным гепарином являются большая продолжительность антикоагуляционного эффекта, отсутствие необходимости частого лабораторного контроля за состоянием свертывающей системы крови и безопасность применения. Наши наблюдения не позволяют отдать предпочтение какому-либо из используемых низкомолекулярных гепаринов. В этой ситуации при выборе лекарственного средства, с нашей точки зрения, оправдан фармакоэкономический подход, который позволит снизить финансовые затраты на проведение профилактических мероприятий.

Таким образом, комплексный подход с учетом степени риска послеоперационных тромбоэмболических осложнений является эффективным методом профилактики ВТЭО при острой кишечной непроходимости.

Литература

1. Баешко А.А. Послеоперационный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболия легочной артерии / А.А.Баешко М.: Триада-Х, 2000.- 136с.
2. Флебология: руководство для врачей / В.С.Савельев [и др.]; под ред.В.С.Савельева.- М.: Медицина, 2001. – 664 с.
3. Савельев, В.С. Роль хирурга в профилактике и лечении венозного тромбоза и легочной эмболии / В.С.Савельев // 50 лекций по хирургии. М.: Медиа - Медика. - 2003. - С. 92-99.
4. Савельев, В.С. Послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения: фатальная неизбежность или контролируемая опасность? // В.С.Савельев // Хирургия. - 1999.-№ 6.- С. 66-69.