

**Бовтюк Н. Я., Алексеев С. А., Карпук А. М.,  
Николаев Н. Е., Дудко А. А., Гинюк В. А.,  
Амельченя О. А., Карукин Д.Я., Голяк Ю. В.**

УО «Белорусский государственный медицинский  
университет»

УЗ «ЗГКБ им. Е. В. Клумова»

Республика Беларусь, г. Минск

## **РИСК ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.**

**Актуальность.** Венозная тромбоэмболия (ВТЭ) продолжает оставаться одной из центральных клинических проблем, которые приходится решать врачам. Термин венозной тромбоэмболии включает в себя тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА). Истинная распространенность ТЭЛА неизвестна, так как диагностика заболевания затруднена и часто ТЭЛА выявляется при вскрытии, предположительно составляет 1–2 случая на 1000 человек в год, при возрасте старше 75 лет — до 10 случаев на 1000 человек в год. ТЭЛА занимает третье место в ряду наиболее частых причин смерти, второе — в ряду причин внезапной смерти и является наиболее частой причиной госпитальной летальности. Послеоперационная ТЭЛА составляет около 30% всех случаев ТЭЛА. Факторы и степени риска ВТЭ при различных лапароскопических операциях подлежат дальнейшему изучению.

**Цель.** Оценить степень риска ВТЭ в дооперационном и послеоперационном периоде у пациентов при различных лапароскопических операциях с учетом общепринятых факторов риска и факторов характерных для лапароскопических операций.

**Материалы и методы.** В основу работу положены результаты видеолапароскопического лечения 93 пациентов хирургического отделения УЗ «ЗГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска в 2007- 2014 году. Для анализа использованы клинический протокол лечения и профилактики ВТЭ МЗ РБ и рекомендации Европейской согласительной

конференции по профилактике ТЭЛА.

**Результаты и обсуждение.** Первую группу составили 31 пациент, которым выполнена лапароскопическая аппендектомия (ЛА). Из них с низким риском развития ТЭЛА до операции были 13 (42,1%), со средним – 18 (57,9%), с высоким отсутствовали. Вторую группу составили 31 пациент которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Среди них к низкой группе риска отнесены 3 (9,6%), к средней – 13 (45,2%), к высокой – 13 (45,2%). Третью группу составили 31 пациент с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), обусловленной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в сочетании с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), которым выполнена симультанная операция ЛХЭ с фундоэзофагокрурографией. В дооперационном периоде во всех изучаемых группах соответственно выявленной степени риска проведена профилактика ВТЭ. В послеоперационном периоде после учета специфических для ЛА, ЛХЭ, ЛХЭ с ФЭКР факторов риска, таких как карбоксиперитонеум, положение, обратное Тренделенбургу более 1 часа (для ЛХЭ и ЛХА с ФЭКР), длительности оперативного вмешательства, наличие пневмомедиастинума с распространением эмфиземы на шею (для ЛХЭ с ФЭКР) оценена степень риска ВТЭ повторно. В первой группе повышение степени риска ВТЭ не установлено, во второй повышена степень риска у 2 (6,5%), в третьей – 7(22,5%) пациентов, что потребовало коррекции ее профилактики.

### **Выводы.**

1. Риск ВТЭ при изученных лапароскопических вмешательствах следует оценивать как в дооперационном так и в послеоперационном периоде, до-полняя анализом следующих факторов: лапароскопическая операция с пневмоперитонеумом, положение обратное Тренделенбурга (более 1 часа), продолжительность операции более 2 часов, наличие пневмомедиастинума с распространением подкожной эмфиземы на шею.

2. Повышение риска ВТЭ в послеоперационном периоде потребовало детального контроля неспецифической и коррекции специфической профилактики ВТЭ.