

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЭЛА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Фролов К.А., Линьков Р.Д., Илькаева В.Н., Морозов А.М.

Тверской государственной медицинской университет,
кафедра общей хирургии, г. Тверь

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии, риск, ВТЭО

Резюме: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - прямая причина смерти одного из 1000 человек планеты. Тромбоэмболия легочной этиологии проявляется многочисленными синдромами: легочным, абдоминальным, сердечным, почечным, синкопальным и другими, что требует дифференциальной диагностики. Важно точно оценивать риск возникновения ТЭЛА у больного во время сбора анамнеза, осмотра пациента и заниматься профилактикой развития данного осложнения.

Resume: pulmonary embolism (PE) is the direct cause of death of one in 1,000 people on the planet. Thromboembolism of pulmonary pathology is manifested by numerous syndromes: pulmonary, abdominal, cardiac, renal, syncopal and others, which requires differential diagnosis. It is important to accurately assess the risk of PE in a patient during the collection of anamnesis, examination of the patient, to prevent the development of PE.

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) является одной из главных проблем в современной медицине в связи с большой распространенностью и высокой летальностью при данном заболевании. Тромбоэмболия легочной артерии занимает второе место по причине смертности, во всем мире от ТЭЛА погибает свыше 3 миллионов жителей планеты в год [1, 2].

Цель: оценить степень риска возникновения тромбоэмболии легочной артерии у больных, находящихся на стационарном лечении.

Задачи: 1. Сбор данных о сопутствующей патологии пациентов; 2. Анализ полученных данных.

Материалы и методы. В ходе исследования проводился сбор анамнеза для выявления факторов риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у 27 больных, находящихся в хирургическом стационаре ГБУЗ ГКБ № 7 города Твери. Возрастной диапазон исследуемых составлял от 35 до 79 лет, из которых 15 – мужчин и 12 – женщин.

Результаты и их обсуждение. Различают первичные (наследственные) и вторичные (приобретенные) факторы риска тромбоэмболических осложнений.

К первичным проявлениям относятся: повышение активности ингибитора активатора плазминогена, мутация протромбина 20210А, дефицит антитромбина, врожденная гиперфибриногенемия, протеин С, S, мутация болезни V (лейден), гипергомоцистеинемия, антитела к кардиолипину. Врожденная предрасположенность к ТЭЛА угрожает развитием необъяснимого тромбоза или тромбоэмболии в возрасте до 40 лет и их рецидивом при отсутствии вторичных факторов риска.

К вторичным проявлениям относятся: переломы трубчатых костей с длительной иммобилизацией, новообразования, хроническая сердечная недостаточность с

застоем крови в венах большого круга кровообращения, хроническая венозная недостаточность, ожирение, нарушения в системе гемостаза, прием оральных контрацептивов. При тромбозе легких и тромбоэмболии может сказаться прием лекарств. Ведущие позиции здесь занимают назначаемые препараты, применяемые в гинекологической практике: препараты, применяемые в качестве гормональной терапии (у женщин естественной или хирургической менопаузы) и оральные контрацептивы третьего поколения, содержащие дезогестрел или прогестин в большом количестве прогестина (у молодых женщин). Фактор риска развития тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто встречается у женщин в возрастной группе от 45 до 64 лет при первой заместительной гормональной терапии и имеет большое значение при наследственной предрасположенности к тромбообразованию. Многие системные заболевания, сопровождающиеся тромбофилией, сопровождаются высоким риском тромбообразования: пароксизмальная ночная гемоглобинурия, хронические воспалительные заболевания кишечника, болезнь Бехчета, истинная тромбоцитемия и полицитемия, вторичный антифосфолипидный синдром и другие. Курение и ожирение являются независимыми факторами риска ТЭЛА. У женщин, выкуривающих от 24 до 34 сигарет в день, вероятность развития ТЭО в 1,9 раза выше, чем у некурящих. Если выкуривать более 35 сигарет в день, то повышается риск ТЭЛА. Он очевиден не столько частым варикозным расширением вен у таких больных, сколько возникновением хронического легочного сердца при тяжелом ожирении.

Первичная и вторичная профилактика управляется актуальными и выполнимыми задачами. Для профилактики венозных тромбоэмболических осложнений рекомендуются четыре антитромботических препарата или группы препаратов: 1) нефракционированный гепарин (НФГ); 2) низкомолекулярные гепарины (НМГ); 3) антагонисты витамина К (варфарин); 4) прямой ингибитор свертывания инфекции (фондапаринукс).

Необходимо исключить системную гипотензию, чтобы предотвратить прогрессирование ТЭО. С этой целью рекомендуются сосудосуживающие препараты. Добутамин и дофамин использовались у пациентов с низким сердечным выбросом и нормальным артериальным давлением.

У пациентов с онкопатологией в течение первых 3–6 мес следует рассмотреть режим низкомолекулярного гепарина; по истечении этого срока необходимо продолжить антикоагулянтную терапию антагонистом витамина К или низкомолекулярным гепарином независимо от того, излечимо злокачественное заболевание или нет.

Соотношение польза/риск длительной антикоагулянтной терапии следует регулярно оценивать через равные промежутки времени. Независимо от продолжительности антикоагулянтной терапии при лечении антагонистом витамина К рекомендуется поддерживать уровень МНО в пределах 2,0–3,0.

Вопрос о необходимости установки кава-фильтров для профилактики рецидивов тромбоэмболий до настоящего времени не решен. Рутинное использование внутривенных фильтров у пациентов после ТЭЛА в настоящее время не рекомендуется, но они могут быть использованы в случаях, когда у пациента имеется высокий

риск рецидивирующей тромбоэмболии и имеются абсолютные противопоказания к антикоагулянтной терапии.

Постоянные кава-фильтры могут обеспечить пожизненную защиту от ТЭЛА, если источником образования тромбов являются глубокие вены нижних конечностей или вены малого таза. Однако осложнения, связанные с наличием таких фильтров, не редкость. Уже у 10% больных развиваются ранние осложнения, гораздо чаще встречаются поздние осложнения. В течение 5 лет после установки кава-фильтра окклюзия нижней полой вены развивается у 22% больных независимо от характера и продолжительности антикоагулянтной терапии; в течение 9 лет - у 33%. Однако сегодня сложно точно определить соотношение польза/риск при использовании кава-фильтров из-за ограниченного количества доказательных материалов по этому вопросу.

При исследовании выбранной группы больных было выявлено, что 85% имеют предрасположенность к развитию тромбоэмболических осложнений. Из них 57% в настоящее время имеют высокий риск развития ТЭЛА, венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), тромбоза глубоких вен (ТГВ); 43% – средний риск развития ТЭЛА. Часто встречаемые факторы развития тромбоэмболических осложнений – сахарный диабет (41%), варикозное расширение нижних конечностей (34%), воспалительные заболевания кишечника (33%). Отмечалась прямая зависимость процентного соотношения факторов риска с увеличением возрастной группы.

Количество больных, поступивших планово, составило – 59%, в то время как поступивших экстренно – 39 %. Предполагается, что предрасположенность к развитию тромбоэмболических осложнений может быть связана как с экстренным поступлением, так и плановым, но более половины больных со средним риском развития ТЭО и выше находились на плановом лечении, что ставит под вопрос проведение плановых операций и заставляет обратить внимание на профилактику осложнений.

При исследовании выбранной группы больных было выявлено, что 85% имеют предрасположенность к развитию тромбоэмболических осложнений. Из них 57% в настоящее время имеют высокий риск развития ТЭЛА, венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), тромбоза глубоких вен (ТГВ); 43% - средний риск развития ТЭЛА. Часто встречаемые факторы развития тромбоэмболических осложнений – сахарный диабет (41%), варикозное расширение нижних конечностей (34%), воспалительные заболевания кишечника (33%). Отмечалась прямая зависимость процентного соотношения факторов риска с увеличением возрастной группы.

При отдельном анализе больных с варикозным расширением нижних конечностей была замечена взаимосвязь с тяжелыми физическими нагрузками, связанными с профессиональной деятельностью и повышенным индексом массы тела. У данной группы больных в 100% случаев в анамнезе зафиксировано грыжесечение по поводу пупочной или паховых грыж. Можно отметить прямо пропорциональную зависимость увеличения больных с ожирением и профессиональной деятельностью с ростом риска образования ВТЭО. Никому из опрошенных не была проведена операция по удалению варикозных вен нижних конечностей или малого таза, что затрудняет анализ риска ВТЭО с проведением данной операции или её отсутствием.

Возрастная группа больных с жалобами на воспалительное заболевание кишечника варьируется от 39 до 75 лет. У 56% опрошенных в анамнезе отмечалась аппендэктомия, у 40% в данной группе зафиксировано наличие онкологических заболеваний. Следует отметить, что суммарная оценка выборки больных с воспалительными заболеваниями кишечника и онкологическими заболеваниями в анамнезе повышает риск тромбоэмболических осложнений с низкого до высокого.

У 33% женщин в анамнезе отмечалось 3 и более родов. При детальном анализе отдельного показателя было выявлено послеродовые травмы и экстренные хирургические вмешательства в 50% случаях, травмы приходились на 2 роды. Анализируя данные сведения обнаружено, что 100% больных из данной выборки в конечной оценке риска развития тромбоэмболических осложнений имеют высокую вероятность.

С наиболее высокими рисками к тромбоэмболическим осложнениям (ТЭО), инсульт и травма спинного мозга были выявлены 12 % всех опрошенных. Данная группа относится к возрастной категории 61-74 года и в анамнезе жизни зафиксированы травмы нижних конечностей, замена крупных суставов и хирургические вмешательства под общей анестезией. Выбранная группа лиц находится в рейтинге высокого риска развития тромбоэмболических осложнений и имеют в ней самые высокие показатели. Оценивая данные показатели, можно с наибольшей вероятностью предположить у них развитие ТЭЛА в ближайшем будущем.

Только 4% среди всех опрошенных были рекомендованы алгоритмы профилактики тромбоэмболических осложнений, что является низким показателем относительно общих значений риска развития ТЭЛА среди больных хирургического профиля. В дальнейшем следует увеличить уровень осведомленности больных о возможности развития ТЭЛА и об их общем уровне угрозы тромбоэмболических осложнений после перенесенных операций.

В ходе ознакомления с историей болезни больных с экстренными и плановыми операциями не было обнаружено предупреждения развития ТЭО и ВТЭО непосредственно во время проведения операций под общим наркозом. Послеоперационных манипуляций по предупреждению развития осложнений и после расспроса больных также не было зафиксировано. Эти данные подтверждают проблематику работы о недостаточной бдительности врачей касая профилактики тромбоэмболических осложнений в ходе ведения больных на стационарном лечении.

Выводы: 1. В условиях стационарного лечения больных хирургического отделения настоящая работа подтверждает проблематику увеличения роста риска развития ТЭЛА, ТГВ, ВТЭО у больных после перенесенного оперативного вмешательства; 2. Своевременная оценка риска развития тромбоэмболических осложнений позволит предупредить возникновение случаев летального исхода в стационаре.

Литература

1. Васильцева С.Я., Васильцев Я.С., Ворожцова И.Н. и др. Диагностика тромбоэмболии ветвей легочной артерии в стационарах г. Томска в 2003-2007 гг. по данным патологоанатомических вскрытий. М.: Терапевтический архив, 2010. № 4: 42-44.

2. Назаренко Г.И., Пающик С.А., Отделёнов В.А., Клейменова Е.Б. Оптимизация профилактики венозных тромбозов и эмболий в стационаре с использованием информационных технологий. М.: Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии, 2014. 10 (4): 421-425.