



М.П. Попик

Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького

© М.П. Попик

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЖКХ У ХВОРИХ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА З УРАХУВАННЯМ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТРОМБОЕМБОЛІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Резюме. Проведена оцінка ефективності диференційованого підходу до профілактики тромбоемболічних ускладнень у 83 хворих ЖКХ з надмірною масою тіла. Запропонований індивідуальний підхід, який сприяє більш ранньому відновленню показників гемостазу і зниження рівня тромбоемболічних ускладнень.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, ожиріння, тромбоемболічні ускладнення.

Вступ

По даним ВООЗ в розвинених країнах Європи від 45 до 70 % мешканців мають надмірну вагу (що до США ця цифра ще вища) [4, 5]. Лікування хворих з надлишковою масою тіла часто супроводжується певними труднощами, які пов'язані з особливостями розвитку і перебігом хвороби, індивідуальними, психологічними, соціальними, віковими і статевими характеристиками. Це особливо стосується людей з III–IV ступенем захворювання, які по суті є інвалідами. Надлишкова вага і морбідне ожиріння доволі часто супроводжуються хворобами органів черевної порожнини, що потребують хірургічного втручання. Однак виконання операцій на цьому фоні доволі часто приводять до різних ускладнень в післяопераційному періоді, а також до незадовільних результатів в віддалені терміни [2, 6]. Епідеміологічні дані вказують, що частота тромбоемболічних ускладнень у понад 25 % випадків пов'язані з різними хірургічними втручаннями. В цілому ряді випадків ТЕЛА розвивається після виписки з стаціонару, що створює ілюзію відносно низької частоти тромбоемболічних ускладнень [1, 3]. Разом з цим вони є однією із головних причин післяопераційної летальності. Одним із факторів ризику є суттєві порушення системи крові в бік гіперкоагуляції у людей з порушенням венозного відтоку. Тому як з практичної, так і з наукової точки зору актуальним залишається пошук ефективних схем профілактики післяопераційних тромбоемболічних ускладнень у хворих з ожирінням.

Матеріали та методи досліджень

Робота ґрунтується на результатах лікування 83 хворих, оперованих з приводу ЖКХ у хірургічних відділеннях Львівської ОКЛ за період 2006-2012 рр, що мали надлишкову масу тіла (індекс маси тіла (ІМТ) перевищував 30 кг/м²). Із них III–IV ступінь мала місце у 78 хворих, а у 5 — патологічні форми ожиріння

(ІМТ > 45 кг/м²). З них планові оперативні втручання виконано у 27 (30,7 %) хворих. На доопераційному етапі всім хворим було проведено УЗДС вен нижніх кінцівок на наявність флеботромбозу та визначення ступінь їх прохідності. Для оцінки гемореологічної картини вивчали наступні показники: активування часу рекальцифікації (АЧР), активування парціального тромбoplastинового часу (АПТЧ); протромбіновий індекс (ПТИ); фібриноген; антитромбін-III; розчинні фібриномономерні комплекси (РФМК), гемолізатагрегаційний тест за стандартними методиками.

Для оцінки хворих з ожирінням були проаналізовані показники коагулограми до операції і на 1, 3, 5 і 7 добу після втручання. У 57 досліджених (1 група) були відсутні анамнезичні дані і клінічні ознаки флеботромбозу. Цим пацієнтам проводили профілактику низькомолекулярними гепаринами та неспецифічну профілактику тромбоутворення, яка включала до- і післяопераційне еластичне бинтування, підвищенне положення нижніх кінцівок та ранню активізацію хворих.

В 2-гу групу увійшли 15 пацієнтів з наявністю ознак порушення прохідності глибоких вен (за результатами УЗД) без клінічних проявів, яким до гепаринопрофілактики у післяопераційному періоді та неспецифічної профілактики тромбоутворення, була призначена дезагрегантна терапія. Додатково перед операцією хворим вводили профілактичну дозу низькомолекулярних гепаринів.

Третю групу склали 16 хворих з наявністю різної ступені порушення гемодинаміки у венозній системі нижніх кінцівок. У даній категорії хворих програма корекції тромбоемболічних ускладнень носила індивідуалізований характер. На наш погляд, одним із шляхів підвищення тромбоемболічної безпеки для анестезії під час лапароскопічних втручання являється більш широке застосування режиму штучної вентиляції з контролем тиску (PCV)



в якості альтернативного VCV. При лапароскопічних операціях з накладенням пневмоперитоніуму відбувається більш оптимальний газообмін, у порівнянні з режимом VCV, без підвишень значень тиску під час вентиляції і без асоціативних побічних ефектів на гемодинаміку. Проте наш досвід застосування даного режиму не дозволяє зробити однозначні висновки і вимагає подальшого вивчення. Суттєвим аспектом в профілактиці тромбоемболічних ускладнень є заходи по нормалізації внутрішньочеревинного тиску, основними елементами якого вважали необхідність адекватного знеболювання, корекції гіперпневматозу і своєчасного випорожнення сечового міхура.

Результати дослідження та їх обговорення

У першій групі хворих були отримані наступні результати: на 1-у добу після оперативного втручання достовірно скорочувався АВР, дещо підвищився ПТІ і на 7-9 % від початкового збільшився рівень фібриногену. Спостерігалися також зміни АПТВ, як показника активізації факторів згортання крові. Помірне підвищення тробогенної активності крові у хворих не поєднувалось з пригніченням антикоагулянтної системи гемостазу, вміст природного інгібітора згортання крові АТ-ІІІ знизився до початкового не більш 7,8 % на тлі гіперагрегації тромбоцитів.

Отримані результати коагулограми свідчили про незначну активність факторів згортання в загальному і регіонарному кровотоці, здатність тромбоцитів до підвищеної агрегації без наростання розчинних фібринмономерних комплексів. На 3, 5 та 7 добу показники коагулограми набули стану відносної норми і на фоні активізації даної категорії хворих ризик тромбоутворення у цих пацієнтів оцінювався як незначний.

Дана схема профілактики вважали достатньою, про що свідчила відсутність ознак тромбоемболічних ускладнень. Застосування в профілактичних дозах низькомолекулярного гепарину при хірургічному лікуванні не спричиняло підвищеного ризику кровоточивості.

У хворих 2 групи на першу добу достовірно скорочувався АВР (на 11 %), підвищився ПТІ (на 9,6 %) і на 12,7 % від початкового рівня збільшився рівень фібриногену. Зміни АПТВ, які спостерігалися, свідчили про інтенсифікацію активності факторів згортання крові. Виразене підвищення тробогенної активності крові у хворих поєднувалось з помірною депресією антикоагулянтної ланки, вміст природного інгібітора згортання крові АТ-ІІІ достовірно знизився від вихідного на 10,7 %, на тлі гіперагрегації тромбоцитів. Зазначені

зміни коагулограми свідчили про активність факторів згортання, підвищення агрегації тромбоцитів. На 3 і 5 добу ризик тромбоутворення у цих пацієнтів зберігався, однак на фоні проведеної терапії був мінімальним. На 7 добу у більшості пацієнтів показники коагулограми нормалізувались. Застосування в профілактичних дозах низькомолекулярного гепарину перед операцією не вплинуло на забезпечення ефективного гемостазу. Більш виражені зміни в системі гемостазу відзначались у людей оперованих «відкритим методом» що, на наш погляд, є наслідком підвищеної травматизації тканин.

У третьої групи хворих на першу добу достовірно коротшав АВР (на 16,7 %), зріс ПТІ (на 10,9 %) і на 14,3 % від вихідного збільшився рівень фібриногену. Зміна АПТВ свідчила про інтенсифікацію активності загортальних факторів. Виразене підвищення тробогенної активності крові у хворих поєднувалось з пригніченням антикоагулянтної ланки, вміст природного інгібітора осідання крові АТ-ІІІ на тлі гіперагрегації тромбоцитів достовірно знизився від вихідного на 11 %. На третю і п'яту добу ризик тромбоутворення у цих пацієнтів зберігався, про що свідчила поява фібринмономерних комплексів, зкорочення активованого часу рекальцифікації (до 92,3 %) та подовження АПТВ (до 118 %) від вихідних показників, гіперагрегація тромбоцитів. На сьому добу показники коагулограми прийшли в стан відносної норми у 4 (25 %) хворих.

Таким чином, у пацієнтів з ожирінням на фоні змін у венозній системі нижніх кінцівок спостерігаються виражені ознаки гіперкоагуляції з активацією плазмової і тромбоцитарної ланки гемостазу, пригніченням антикоагуляційної ланки, що суттєво підвищує ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень. У даній групі хворі на тлі немедикаментозної профілактики і корекції реологічних властивостей крові отримували лікувальні дози низькомолекулярних гепаринів з наступним переходом на антикоагулянти непрямої дії.

У двох хворих третьої групи відмічались ознаки загострення хронічного тромбофлебіту поверхневих вен на фоні їх варикозного розширення. При цьому у 1 хворої, враховуючи прогресуючий характер перебігу, зроблена перев'язка великої підшкірної вени нижче її впадання в стегнову. У однієї хворої в зв'язку з прогресуючим флеботромбозом і високим ризиком розвитку ТЕЛА проведена імплантація кава-фільтра. Летальних випадків в даній групі не спостерігалось, як в період стаціонарного, так і в період амбулаторного лікування (до 30 днів з моменту операції).

**Висновки**

1. Хворі ЖКХ з надмірною масою тіла відносяться до групи з підвищеним або високим рівнем розвитку тромбоемболічних ускладнень.

2. Дана категорія хворих потребує обов'язкової профілактики тромбоемболічних ускладнень з урахуванням обсягу, травматизації оперативного втручання, тривалості пневмоперитоніума, змін у венозній системі й змін показників гемостазу.

3. Хворі з надмірною масою тіла оперовані з приводу ЖКХ вимагають більш тривалої схеми профілактики тромбоемболічних ускладнень.

4. Хворих з високим ризиком розвитку тромбоемболічних ускладнень доцільно оперувати в спеціалізованих лікувальних установах, що мають можливість імплантації қава-фільтра.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Анализ факторов риска, клинической картины крови, показателей гемостаза у пациентов с венозными тромбозами* / Л.А. Бокерия., О.Л. Бокерия, Н.Н. Самонова [та ін.] // Бюл. НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН (приложение). – 2008. – № 3. – С. 142.

2. *Влияние профилактики тромбоемболических осложнений на течение послеоперационного периода у геронтологических больных с политравмой* / Ю. В. Волкова // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 49 – 52.

3. *Профилактика венозных тромбоемболических осложнений в травматологии и ортопедии* / С.С. Копенкин // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 51–54.

4. *Маколкин В. И. Метаболический синдром* / В. И. Маколкин. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство». 2010. – 144 с.

5. *Meissner M. H. Venous thromboembolism in trauma: a local manifestation of systemic hypercoagulability?* / M. H. Meissner, W.L. Chandler, J.S. Elliot // J. Trauma. – 2003. – Vol. 54. – P. 224–231.

6. *Prevention of Venous Thromboembolism. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy* / W.H. Geerts, G.F. Pineo, J.A. Heit [et al.] // CHEST. – 2004. – Vol. 126. – P. 338-400.

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
ЖКБ У БОЛЬНЫХ
С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ
ТЕЛА С УЧЕТОМ
РИСКА РАЗВИТИЯ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ**

М.П. Попик

**THE FEATURES OF
CHOLELITHIASIS
TREATMENT OF PATIENTS
WITH OVERWEIGHT
RISK-BASED
TROMBOEMBOLIC
COMPLICATIONS
DEVELOPMENT**

M.P. Popik

Резюме. Проведена оцінка ефективності диференційованого підходу к профілактике тромбоемболіческих осложнений у 83 больных ЖКБ с избыточной массой тела. Предложен индивидуализированный подход на основе показателей основных показателей звеньев, что способствует более раннему восстановлению показателей гемостаза и снижению уровня тромбоемболіческих осложнений.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, ожирение, тромбоемболіческие осложнения.

Summary. There was made an assessment of the varied approach efficacy for tromboembolic complications prophylaxis of 83-years old diseased cholelithiasis with overweight. There was proposed an individualized approach on the base of main activities sections, which will promote earlier haemostasis approaches rehabilitation and tromboembolic complications level reduce.

Key words: cholelithiasis, overweight, tromboembolic complications.