

УДК 616.147.23-005.6-06:617.55-089-083.98

Б.О. МАТВІЙЧУК, Р.Л. БОХОНКО

*Національний медичний університет імені Данила Галицького, факультет післядипломної освіти, кафедра хірургії, Львів***ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА ПОСТТРОМБОФЛЕБІТИЧНИЙ СИНДРОМ ЯК ВІДДАЛЕНІ УСКОПЛЕННЯ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ**

Ознайомлення з документацією чотирьох поліклінік виявило 142 пацієнти із тромбозом глибоких вен, які були оперовані ургентно з приводу гострих захворювань органів черевної порожнини в клініках Львова у 2006–2011 роках. Фармакопрофілактику ТГВ застосовано у 30,3% хворих. У 23,2% випадків тромбоз глибоких вен розвинувся під час перебування в клініці, у 76,8% на 2–3 тижні після виписки зі стаціонару. Основною причиною виникнення ТГВ видається застосована фармакопрофілактика, яка в більшості не відповідає існуючим протоколам і стандартам.

**Ключові слова:** невідкладна абдомінальна хірургія, ускладнення, тромбоз глибоких вен, посттромбофлебітичний синдром

**Вступ.** Тромбоз глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок при виникненні масивної тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) становить реальну загрозу життю пацієнтів [5, 9]. Саме тому в основу стратифікації ризику венозних тромбозів та емболій (ВТЕ) покладено ймовірність виникнення ТГВ та ТЕЛА [5, 11]. Посттромбофлебітичний синдром (ПТФС) виникає у 20-30% пацієнтів із ТГВ, істотно знижуючи якість життя хворих, нерідко спричиняючи їх інвалідність, в особливості при появі трофічних виразок [2, 6]. Велике соціальне значення проблеми ПТФС обумовлене значною кількістю пацієнтів працездатного віку, немалими коштами лікування цього хронічного рецидивуючого захворювання [3, 4]. Найкращим способом запобігання розвитку ПТФС є профілактика флеботромбозу, яка детально описана у міжнародних і національних консенсусах, рекомендаціях та протоколах [1, 10]. Тим не менше клінічні спостереження довели можливість розвитку ТГВ навіть після застосування адекватних профілактичних заходів, нерідко після виписки із стаціонару. У спеціальній літературі не приділено належної уваги вивченню виникнення ТГВ та ПТФС після виписки з стаціонару, в особливості в ургентній абдомінальній хірургії.

**Мета дослідження.** Проаналізувати випадки розвитку ТГВ і ПТФС у пацієнтів із гострими захворюваннями органів черевної порожнини після виписки із хірургічного стаціонару й розкрити найбільш вірогідні причини їх виникнення.

**Матеріали та методи.** Задля реалізації мети дослідження було визначено два послідовні завдання: виявити випадки ТГВ і ПТФС згідно записів хірургів у чотирьох найбільших поліклініках Львова, відтак після домовленості по телефону зустрітись з пацієнтами на амбулаторному прийомі. Пошуком у базах даних хірургічних кабінетів поліклінік виявлено 142 випадки ТГВ і ПТФС у хворих, оперованих у лікарні швидкої медичної допомоги, двох міських лікарнях та обласній клінічній лікарні у 2006–2011 роках. Переважали

чоловіки (63,2%). Вік обстежених знаходився в межах 32–91 років (середній  $46,7 \pm 13,3$ ). Усі хворі були госпіталізовані в ургентному порядку та оперовані з приводу: гострого апендициту (катарального – 3, флегмонозного – 37, гангренозного – 7, перфораційного – 6) – 53 (37,3%), гострої непрохідності кишок (спайкової – 19, неопластичної – 5) – 24 (16,9%), защемленої грижі (пахвинної – 12, стегнової – 3) – 15 (10,6%), гострого калькульозного холециститу (флегмонозного – 41, гангренозного – 8, перфораційного – 1) – 50 (35,2%). У 17 випадках гострого апендициту (32,1%), 42 гострого калькульозного холециститу (84%) і 2 спайкової непрохідності тонкої кишки (10,5%) операції виконано лапароскопічно. Післяопераційний період, згідно витягів із карт стаціонарного хворого, ускладнився нагноєнням рани у 7 (4,9%), пневмонією у 6 (4,2%) та флеботромбозом нижніх кінцівок – у 4 (2,8%). Тривалість перебування хворих у стаціонарі знаходилась у межах від 2 до 29 днів (середній ліжкодень –  $11,4 \pm 2,1$ ).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Ризик венозних тромбозів та емболій притаманний усім розділам клінічної медицини, проте невідкладна хірургія гострих захворювань органів черевної порожнини має потенційовану небезпеку тромботичних ускладнень, спричиненою ендогенною та бактерійною інтоксикацією, зневодненням, зростаючою онкологічною патологією. В силу сказаного, ургентний хірург та анестезіолог в умовах короткочасного та насиченого лабораторними та інструментальними дослідженнями передопераційного періоду повинні визначити реальний ризик ВТЕ і застосувати адекватну профілактику. Параметри ступенів ризику ВТЕ та конкретні рекомендації щодо їх фармако- та механічної профілактики детально описані у відповідних керівництвах [1, 5, 10].

Отож, биндажування ніг еластичними бинтами перед транспортуванням пацієнтів в операційну застосовано у 36 випадках (25,3%). Фармакопрофілактику застосовано у 43 хворих (30,3%), з

них нефракціонований гепарин (НФГ) – у 14 (32,6%), низькомолекулярні гепарини (НМГ) – у 29 (67,4%). Відмовились від введення антикоагулянтів 12 (8,5%) пацієнтів без конкретної мотивації. Лише у 7 хворих (16,3%) фармакопрофілактику розпочато перед початком хірургічного втручання, у решті випадків – з 2–3 дня післяопераційного періоду. Тривалість застосування антикоагулянтів з профілактичною метою в оперованих лапароскопічно становила 2–3 дні, тобто до виписки із стаціонару. Лише в 6 випадках було рекомендовано її продовжити в амбулаторних умовах, однак тільки троє з них відгукнулись на надані настанови. Спілкування з пацієнтами дозволило прийти до висновку, що тільки у 26 хворих (60,5%) з непухлинними гострими захворюваннями органів черевної порожнини фармакопрофілактика відповідала діючим протоколам (початок – перед операцією, тривалість – 7–10 днів). Однак жоден з хворих, оперованих з причини ускладненого раку товстої кишки не отримав профілактики тривалістю у 28–30 днів.

Як відомо, профілактична доза антикоагулянта залежить від ступеня ризику ВТЕ [1, 10]. Спілкування з пацієнтами не дало можливості з'ясувати дози та кратності введення НФГ та НМГ. Ознайомленням з амбулаторними картами та витягами з карт стаціонарних хворих вдалось виявити супровідну патологію у 87 (61,3%) пацієнтів: ішемічну хворобу серця, есенціальну артеріальну гіпертензію, цукровий діабет 2 типу, гормонозалежні бронхіальну астму та хронічний бронхіт, варикозне поширення вен нижніх кінцівок, ожиріння та ін. Сімнадцятеро осіб перенесли планові операції з приводу онкопатології (матка, яєчники, передміхурова залоза). Перелічені фактори могли б мати певний потенціуючий ефект на систему зсідання крові, зокрема гіперкоагуляційний стан, відтак повинні були б бути враховані у плануванні профілактики ВТЕ в кожному конкретному випадку. Виходячи з дещо спрощеної методики визначення ступенів ризику ВТЕ, запропонованої у 8-му консенсусі АССР [10], до низького ризику зараховують хворих з доброякісними захворюваннями, операція в яких триває не довше 30 хв. Більша тривалість втручання при незлоякісній патології відповідає помірному ризику, злоякісній

онкопатології – високому. Отож, можна припустити, що низьким ризик ВТЕ був у нечисельній групі хворих з апендицитом, в особливості оперованих лапароскопічно. Їм не була показана фармакопрофілактика ВТЕ. Решта – переважаючи більшість пацієнтів мала помірний та високий ступені ризику, відтак попередження розвитку ТГВ потребувало застосування антикоагулянтів у адекватних дозах.

Перші прояви ТГВ у 33 (23,2%) випадках виникли під час перебування пацієнтів у хірургічних відділеннях. Хворі відзначили появу спонтанного болю в нозі, набряк та синюшність шкіри кінцівки, «потовщення» гомілки та стегна. Тільки у 18 випадках (54,5%) клінічний діагноз тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок видалось можливим підтвердити ультразвуковим компресійним ангіоскеноуванням. Призначене лікування ТГВ відповідало існуючим протоколам [2, 3, 4, 7, 8] і полягало у пероральному прийомі варфарину або рівароксабану та застосуванні компресійного трикотажу. Пацієнтам настійливо рекомендували максимально можливу рухову активність.

У 109 хворих ТГВ розвинувся на 2–3 тижні після виписки із стаціонару. Причину виникнення тромбозу пацієнти пов'язували із малорухливим способом життя, травмою гомілок, укусами комах. Семеро пацієнтів розцінили зміни на гомілці як прояви бешихи, відтак безуспішно застосували народні методи її лікування. У 20 (14,1%) пацієнтів розвинувся постромбофлебітичний синдром в середньому через 5–6 місяців після виявлення ТГВ. При огляді пацієнтів констатовано наявність ознак хронічної венозної недостатності, у 8 з них – трофічні виразки у нижній третині гомілок. Ця група хворих знаходиться на тривалому амбулаторному лікуванні.

#### Висновки:

1. Профілактика венозних тромбозів та емболій в ургентній абдомінальній хірургії знаходиться на субоптимальному рівні.
2. Основним недоліками фармакопрофілактики ТГВ є скорочення її тривалості та початок введення з 2–3 доби після операції.
3. В переважній більшості випадків ТГВ виникає на 2–3 тиждень після виписки із стаціонару.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика. Міждисциплінарні клінічні рекомендації. — Київ, 2011. — 63 с.
2. Острый тромбоз вен нижних конечностей. Факторы риска, методы профилактики и лечения / А. В. Губка, Перцов В. И., Губка В. А. [и др.] // Клінічна хірургія. — 2003. — №3. — С. 44–48.
3. Іванов А.В. Профілактика і лікування флеботромбозу глибоких вен нижніх кінцівок / А.В. Іванов., А.Б. Сахаров // Хірургія. — 2004. — № 1. — С. 4–7.
4. Комплексное лечение острых тромбозов глубоких вен конечностей / А.С. Никоненко, Д.А. Буга, А.В. Губка [и др.] // Серце і судини. — 2006. — № 4 (Дод.). — С. 328–331.
5. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозомболических осложнений // Флебология. — Т. 4, вып. 2, № 1. — 2010. — 37 с.
6. Савельев В.С. Флебология / Савельев В.С. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
7. Тураев П.И. Хроническая венозная недостаточность и трофические язвы нижних конечностей / П.И. Тураев. — Винница: Нова Книга, 2005. — 208 с.

8. Чернуха Л.М. Венозные тромбозы нижних конечностей: возможно ли решение проблемы сегодня / Л.М. Чернуха, А.А. Гуч / Медицина неотложных состояний. — 2008. — № 3 (16). — С. 10—16.
9. Dörffler-Melly J. Clinical significance of risk factor assessment for the prevention of venous thromboembolism / Dörffler-Melly J. // Kardiovaskuläre Medizin. — 2006. — №9. — P. 94—100.
10. Prevention of Venous Thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence—Based Clinical Practice Guidelines (8-th Edition) / Geerts W.H., Bergquist D., Pineo G.F. [et al.] // Chest. — 2008. — Vol.133. — P. 81—453.
11. Rodger M. Diagnosis of Pulmonary Embolism / M. Rodger, P.S. Wells // Thromb. Res. — 2001. — Vol. 103. — P. 225—238.

B.O. MATVIYCHUK, R.L. BOHONKO

*Danylo Halytsky National Medical University, Faculty of Postgraduate Education, Surgical Chair, Lviv*

**DEEP VEIN THROMBOSIS AND POSTTHROMBOPHLEBITIC SYNDROME AS REMOTE COMPLICATIONS IN URGENT ABDOMINAL SURGERY**

Four outpatient clinics analysis has reveled 142 patients with deep vein thrombosis, who underwent emergency abdominal surgery in 2006-2011. Pharmacoprophylaxis of DVT was applied in 30,3% of patients. In 23,2% of cases deep vein thrombosis had evolved during hospital stay, whereas in 76,8% it has appeared at 2-3 week after hospital discharge. Inconsistency of applied pharmacoprophylaxis with international consensus seems to be main reason of DVT.

**Key words:** urgent abdominal surgery, remote complications, deep vein thrombosis, postthrombophlebitic syndrome

**Стаття надійшла до редакції: 19.05.2012 р.**