

© Б.О. Матвійчук, Р.Л. Бохонко, Н.Р. Федчишин, Т.М. Федоришин, 2014

УДК 616.147.3-007.64-005.6-06:616-001.31-039.54

Б.О. МАТВІЙЧУК, Р.Л. БОХОНКО, Н.Р. ФЕДЧИШИН, Т.М. ФЕДОРИШИН
*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, факультет
післядипломної освіти, кафедра хірургії та ендоскопії, Комунальна міська клінічна лікарня
швидкої медичної допомоги, Львів*

ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ІЗ ТЯЖКОЮ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ

Проаналізовано 140 карт стаціонарних хворих, які перебували на лікуванні у першому хірургічному відділенні Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, виявлено 42 пацієнтів із тромбозом глибоких вен, що прооперовані з приводу тяжкої поєднаної травми (ISS–16–35 балів) за період 2007–2013 років. Фармакопрофілактику тромбозу глибоких вен (ТГВ) застосовано у 40% хворих. У 92,5% випадків ТГВ розвинувся під час перебування у стаціонарі і діагностований на 2–3 тиждень перебування у стаціонарі, а 7,5% – на 4–6 тиждень. Основною причиною виникнення ТГВ у постраждалих з поєднаною травмою є неадекватна фармакопрофілактика, недооцінка ступеня тяжкості травми і загального стану пацієнта.

Ключові слова: поєднана травма, тромбоз глибоких вен, ускладнення

Вступ. Тромбози та емболії виникають у різноманітних клінічних ситуаціях і ускладнюють перебіг багатьох захворювань. Захворюваність ТГВ становить 160, а тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) – у 50 на 100 тис. населення. На фоні загального зниження післяопераційних ускладнень у хірургічних стаціонарах ТГВ і ТЕЛА залишаються домінуючими післяопераційними ускладненнями та однією з основних причин летальності [1, 2, 4].

Причиною тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) є ушкодження великих сегментів опорно-рухової системи, насамперед кісток тазу, стегнової та великогомілкової кісток, масивні ушкодження підшкірно-жирової клітковини, тяжка торакальна та абдомінальна травма, наявність супровідної соматичної патології, індивідуальні особливості організму постраждалого.

Тому, великі за обсягом, травматичні, зі значною крововтратою термінові та первинно-відстрочені операції, супутні ушкодження значно підвищують ризик виникнення ТЕУ, а отже потребують проведення адекватної та надійної профілактики венозних тромбозів та емболій.

ТГВ нижніх кінцівок і ТЕЛА є частими ускладненнями у постраждалих із тяжкою поєднаною травмою. Проте, незважаючи на беззаперечні успіхи діагностики, профілактики та лікування флеботромбозів, кількість рандомізованих багатоцентрових досліджень венозного тромбоемболізму (ВТЕ) у постраждалих з тяжкою поєднаною травмою є недостатньою, а існуючі світові стандарти та рекомендації профілактики венозних тромбозів та емболій інколи мають суперечливий характер [1, 3, 5]. Без тромбопрофілактики у постраждалих з полісистемними ушкодженнями ризик ТГВ перевищує 50 %, а ТЕЛА є третьою за частотою причиною смерті у пацієнтів, що «пережили» перший та другий пік летальності.

Мета дослідження. Проаналізувати випадки розвитку ТГВ в оперованих пацієнтів із тяжкою поєднаною травмою в КМКЛШМД.

Матеріали та методи. Під час дослідження проаналізовано 140 карт стаціонарних хворих, які лікувалися в КМКЛШМД з тяжкою поєднаною травмою. Тяжкість поєднаної травми оцінювали за шкалою ISS (S.P. Baker, 1974). Виявлено 42 пацієнти із ТГВ. Тільки у 28 (66,7 %) випадках клінічний діагноз ТГВ нижніх кінцівок підтверджено ультразвуковим компресійним ангиоскануванням.

В результаті дослідження супровідна патологія виявлена у 30 (71,5 %) пацієнтів: ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2 типу, гормонозалежну бронхіальну астму та хронічний бронхіт, варикозне поширення вен нижніх кінцівок, ожиріння та інше, 16 (38,1%) перенесли планові операції.

Переважали чоловіки – 36 (85,7 %), віком від 19 до 59 років (середній $29,8 \pm 15,5$). Серед них, 52,4 % постраждали внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, 18,9 % – кримінальної травми, 10,6 % – падіння з висоти, 18,1 % – побутової травми. У 40 % постраждалих абдомінальна травма поєднана зі скелетною (ISS 16 до 22 балів), 30 % – абдомінальна травма поєднана з черепно-мозковою (ISS – 22–28 балів), 30 % – поєднана абдомінальна, черепно-мозкова і скелетна травми (ISS – 28–35 балів). Усі хворі були госпіталізовані в ургентному порядку та оперовані з приводу: розриву селезінки – 22 (52,4 %), травми печінки – 6 (14,3 %), ушкодженнь легень – 4 (9,5 %), відкритих переломів нижніх кінцівок – 4 (9,5 %), відкритої черепно-мозкової травми – 6 (14,3 %). Післяопераційний період у 8 (19,1 %) ускладнився нагноєнням післяопераційної рани, у 2 (4,8 %) – кишковою непрохідністю, пневмонією – 4 (8,3 %), у 3 (7,1%) – постгеморагічною анемією.

Результати досліджень та їх обговорення. Передопераційна профілактика ТГВ введенням нефракціонованих та низькомолекулярних гепаринів не проведена в жодному із випадків, а післяопераційна профілактика була проведена тільки у 20 (47,6 %) постраждалих. Отож, виходячи з обсягів обстеження усі перелічені хворі з тяжкою поєднаною травмою мали помірний та високий ступінь ризику виникнення ВТЕ, відтак попередження розвитку ТГВ потребувало застосування антикоагулянтів у адекватних дозах.

Перші прояви ТГВ у 92,5 % випадках виникли на 2–3 тиждень перебування пацієнтів у стаціонарі. Хворі відзначили появу спонтанного болю у нижній кінцівці, її набряк та синюшність шкіри. У 7,5 % хворих перші прояви ТГВ розвинулись на 4–5 тиждень перебування у стаціонарі, основними скаргами було збільшення об'єму гомілки, або стегна без больового синдрому. У 4 (9,5 %) пацієнтів у супутньому діагнозі було встановлено посттромбофлебітичний синдром і констатовано наявність ознак хронічної венозної недостатності, у 4 (9,5 %) з них – трофічні виразки у нижній третині гомілок.

При аналізі порушень функціонального стану системи гемостазу оперованих хворих з тяжкою поєднаною травмою виявлено, що у 43% пацієнтів діагностовано першу фазу ДВЗ-синдрому, яка супроводжувалась активацією плазмових та тромбоцитарних факторів зсідання без порушення властивостей фібринового згустку.

Другу фазу спостерігали у 32% постраждалих. Вона проявлялась коагулопатією споживання з активацією антикоагулянтів плазми крові, зростанням фібринолітичної активності та тромбоцитопенією. У 19% хворих третьої фази відзначено критичні порушення гемостазу за рахунок дисфункції фібринолітичної активності. Частина пацієнтів цієї групи (2,4%) померла від прогресування гіповолемії внаслідок коагулопа-

тичної кровотечі, що призвело до гострої серцево-судинної недостатності, у частини, навпаки – спостерігали гіперкоагуляцію та тромбоутворення внаслідок виснаження функціональної здатності системи фібринолізу. У 6% пацієнтів результати були сумнівними та не піддавались об'єктивному трактуванню.

Слід відзначити, що результати дослідження системи гемостазу у 44% постраждалих тяжіли до нормалізації показників, у 23% – в сторону гіперкоагуляції. У решти пацієнтів відзначено порушення активності коагуляційного потенціалу, стійку гіпокоагуляцію та високий ризик післяопераційної кровотечі. Цій групі постраждалих вважали за потрібне відтермінувати специфічну тромбoproфілактику, що вимагало подальшого лабораторного та інструментального (ультразвукове компресійне ангіосканування вен нижніх кінцівок) моніторингу.

Тільки у 38 (90,5 %) випадках клінічний діагноз ТГВ нижніх кінцівок підтверджено ультразвуковим компресійним ангіоскануванням. Призначене лікування ТГВ відповідало існуючим протоколам і полягало у пероральному прийомі варфарину або рівароксабану та застосуванні компресійного трикотажу.

Висновки.

1. У переважній більшості хворих з тяжкою поєднаною травмою ТГВ має безсимптомний перебіг і клінічно проявляється на 2–3 тиждень після одержання травми.

2. Протокол застосування специфічної профілактики венозних тромбозів і емболій у пацієнтів із тяжкою поєднаною травмою потребує подальшого вивчення і спеціального доопрацювання.

3. Профілактика ТГВ у пацієнтів з тяжкою поєднаною травмою повинна проводитись із врахуванням функціонального стану системи гемостазу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Реанімаційно-хірургічні протишокові заходи при поєднаній травмі / Я.Л. Заруцький, В.М. Данисенко, С.О. Король [та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. — 2010. — № 14. — С. 308—311.
2. Рипп Е.Г. Экспресс-диагностика вариантов ДВС-синдрома у больных с травмой и острой кровопотерей / Е.Г. Рипп, В.Е. Шипаков, М.Н. Шписман // Бюллетень Сибирской медицины. — 2008. — № 4. — С. 77—82.
3. Geets W.H. Проспективное исследование развития венозной тромбоэмболии у пациентов с тяжелой травмой / W.H. Geets // *Margo Anterior*. — 2002. — № 3. — P. 4—8.
4. Caprini J.A. Thrombosis Risk Assessment as a Guide to Quality Patient Care / J.A. Caprini // *Disease-a-Month; Venous Thromboembolism*. — 2005. — Vol. 51. — P. 70—78.
5. Prevention of Venous Thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) / W.H. Geerts, D. Bergqvist, G. Pineo [et al.] // *Chest*. — 2008. — №. 133. — P. 381—453.
6. The Clavien-Dindo classification of Surgical Complication / A.P. Clavien, J. Barkum, D. Dindo [et al.] // *Annals of Surgery*. — 2009. — Vol. 2. — P. 187.

B.O. MATVIYCHUK, R.L. BOKHONKO, N.R. FEDCHYSHYN, T.M. FEDORYSHYN

Danylo Halytsky National Medical University, Faculty of Postgraduate Education, Chair of Surgery and Endoscopy, Lviv Emergency-Hospital, Lviv

DEEP VEIN THROMBOSIS IN INJURED WITH SEVERE COMBINED TRAUMA

During investigation of 140 medical cases (2007-2013) of 1st surgical dept. of Lviv city emergency hospital, we have studied 42 patients with deep vein thrombosis, who underwent surgery for severe combined trauma (ISS 16-35). Drug prophylaxis of deep vein thrombosis was used in 40% of patients. In 92,5% cases, deep vein thrombosis had developed in the hospital and was diagnosed on 2nd-3rd week of stay and 7,5% – on 4th-6th week. The main reasons for development of deep vein thrombosis in injured with severe combined trauma were inadequate drug prophylaxis, underestimation of severity of trauma and patient's general condition.

Key words: combined trauma, deep vein thrombosis, complications

Стаття надійшла до редакції: 14.05.2014 р.