А 14.00.15
Б-15

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԱՐԱՄ ՍՈՍԻ ԲԱԴԱԼՅԱՆ

ՍՏՈՐԻՆ ՎԵՐՋՈՒՅԹՆԵՐԻ ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՈՎ ԱՌԱՋԱՑԱԾ ԹՐՈՄԲՈԷՄԲՈԼԻԿ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱ-ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՊՐՈՖԻԼԻ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

ԺԴ.00.15 – «Վիրաբուժություն (սիրտ-անոթային վիրաբուժություն) »
մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ – 2004

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. М. ГЕРАЦИ

БАДАЛЯН АРАМ СОСОВИЧ

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.00.15 – хирургия (сердечно-сосудистая хирургия)

ЕРЕВАН - 2004

© National Library of Armenia OCR by Portmind

Ատենախոսության թեման հաստատվել է ՀՀ ԱՆ ակադ. Ս.Խ.Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտի Գիտական խորհրդի նիստում 2001 թ.:

Գիտական ղեկավար՝ բ.գ.դ. Տ.Լ.Սուլթանյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ բ.գ.դ., պրոֆեսոր Մ.Մ.Միրիջանյան
բ.գ.դ. Ս.Շ.Պողոսյան

Առաջատար կազմակերպություն՝ ՀՀ ԱՆ «Էրեբունի» Բժշկական Կենտրոն

Ատենախոսության պաշտպանությունը կայանալու է 2 հուլիսի 2004 թ. ժ. 15^{30}-ին Մ. Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի 027 մասնագիտական խորհրդի նիստում (375025, ք. Երևան, Կորյունի փող. 2):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ-ի գրադարանում:
Սեղմագիրը առաքված է 2 հունիսի 2004թ.

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար՝
բժշկական գիտությունների թեկնածու, դոցենտ Ռ.Մ. Կուրղինյան

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета Национального Института Здравоохранения им. акад. С.Х. Авдалбекяна МЗ РА в 2001 г.

Научный руководитель: д.м.н. Т.Л.Султанян

Официальные оппоненты: д.м.н., профессор М.М.Мириджанян
д.м.н. С.Ш.Погосян

Ведущая организация: Медицинский Центр «Эребуни» МЗ РА

Защита состоится 2 июля 2004 г. в 15^{30} часов на заседании Специализированного совета 027 при Ереванском Государственном Медицинском Университете им. М. Гераци, по адресу: 375025, г. Ереван, ул. Корюна, 2

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ
Автореферат разослан 2 июня 2004г.

Ученый секретарь Специализированного совета,
кандидат медицинских наук, доцент Р.М. Кургинян

2516-2004

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Венозные тромботические и тромбоэмболические осложнения, объединяемые термином «венозный тромбоэмболизм» (ВТЭ), – одна из самых актуальных проблем современной медицины, в частности в акушерстве-гинекологии. Так, в связи с беременностью отмечается в среднем 3-10-кратное увеличение частоты ВТЭ (Greenfield L.J., 1993; Баешко А.А., 2000; Jick BS, 2001; Suneja A, 2001). Венозные тромбоэмболические осложнения являются ведущей неакушерской причиной послеродовой материнской смертности в развитиых странах (Kaunitz A.M., 1985; Кириенко А.А., 2001). В связи с гинекологическими вмешательствами (особенно при операциях по поводу онкологической патологии) наблюдается увеличение частоты ВТЭ до 100 раз (Greenfield L.J., 1993; Nicolaides A.N., 1997; Савельев В.С., 2001).

Пациентки акушерско-гинекологического (а/г) профиля подвержены воздействию многих факторов риска ВТЭ, таких как изменение гормонального профиля и/или эстрогенпрогестероновая терапия, видоизменение венозной гемодинамики в малом тазу во время беременности и при многих гинекологических заболеваниях, снижение венозного тонуса, компрессия венозных магистралей беременной маткой, гемореологические сдвиги, а также часто наблюдаемая хроническая венозная недостаточность н/к (Котлукова Т.В., 1999, De Barros N J-r, 1999; Verhaeghe R. , 2000, Савельев В.С., 2001, Rosendaal F.R., 2002).

Все вышеуказанное свидетельствует об актуальности проблемы венозного тромбоэмболизма в акушерстве и гинекологии.

Поскольку ВТЭ характеризуется тяжелым течением и потенциально высокой летальностью, несомненно предпочтение отдается его профилактике. Однако, на сегодняшний день нет единого мнения о роли и значимости отдельных факторов риска (THRIFT II Cons. Group, 1998; Rosendaal FR, 1999). Отсутствует комплексный подход к вопросам о способах и методах профилактики ВТЭ (Aburahma A.R., 1999; Turpie A.G.G., 2002). Даже с появлением современных препаратов остается открытым вопрос «достаточности» лекарственной профилактики и терапии (Turpie A.G.G., 2002). Не уточнено значение устранения хронической венозной недостаточности (ХВН) хирургическим путем в профилактике ВТЭ (Ramelet A.A., 1999). Нет единого мнения о возможностях хирургических методов в предотвращении ВТЭ (Andersen F.A., 1991; ACCP Cons. Com. on PE, 1998; Ramelet A.A., 1999; Verhaeghe R., 2000; Beard J.D., 2001). Последнее особенно актуально в случаях, когда проведение адекватной консервативной терапии и профилактики ВТЭ по ряду причин невозможно, как, например, во время беременности или при а/г кровотечениях.

Вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель и задачи исследования. Целью настоящей работы является уменьшение заболеваемости венозным тромбоэмболизмом и снижение обусловленной им смертности у пациенток акушерско-гинекологического профиля.

© National Library of Armenia

В соответствии с целью поставлены следующие **задачи**:

1. Выявление причин развития ВТЭ у больных акушерско-гинекологического профиля;
2. Определение возможностей хирургической профилактики ВТЭ в акушерстве;
3. Определение возможностей первичной профилактики ВТЭ с применением хирургических методов в гинекологии;
4. Определение возможностей хирургических методов во вторичной профилактике ВТЭ в гинекологии;
5. Оценка эффективности хирургических методов профилактики ВТЭ у пациенток акушерско-гинекологического профиля.

Научная новизна. Разработана схема оценки степени риска развития венозных тромботических и эмболических осложнений в акушерстве и гинекологии.

Выработана дифференцированная тактика профилактики тромботических и тромбоэмболических осложнений венозной недостаточности н/к у изучаемой категории больных.

Сформулированы показания к паллиативным и радикальным методам хирургического лечения венозной недостаточности и профилактики тромбоэмболии в систему легочных артерий у пациенток акушерско-гинекологического профиля.

Практическая значимость работы. Разработаны практические рекомендации для улучшения результатов профилактики венозного тромбоэмболизма у пациенток акушерско-гинекологического профиля.

Апробация работы. Материалы диссертационной работы представлены и обсуждены на I Международной конференции молодых ученых (Ереван, сентябрь 2001г.), в ходе выставки «Медицина и здоровье» в рамках I международного медицинского конгресса в Армении (Ереван, июль 2003г.), на IY конгрессе кардиологов Армении (Ереван, сентябрь 2003г.), в рамках II Всеармянского медицинского конгресса (Ереван, сентябрь 2003г.), на XIY Съезде хирургов стран Южного Кавказа (Тбилиси, Грузия, ноябрь 2003г.), на заседаниях Ассоциации хирургов Армении (май 2004г.) и Ассоциации флебологов и ангиологов Армении (май 2004г.).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 8 печатных работ, в которых изложены основные положения проведенных исследований.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 143 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, двух глав анализа результатов собственных наблюдений и обсуждений, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, содержащего 173 русскоязычных и иностранных источников. Работа иллюстрирована 11 таблицами и 38 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование вошли 167 пациенток, получавших стационарное лечение и/или находившихся под амбулаторным наблюдением в отделении сердечно-сосудистой хирургии АОЗТ «Институт хирургии Микаелян», а также получавших лечение, назначенное сотрудниками указанного отделения в отделении онкогинекологии Научного центра онкологии им. В.В. Фанарджяна, в Научно-иследовательском центре охраны здоровья матери и ребенка, в клинике акушерства-гинекологии МЦ «Канакер-Зейтун», в МЦ «Шенгавит», в роддоме «Святой Богоматери» (все город Ереван) за период 1997-2004 гг.

Критерии включения в исследование:

- А/г патология сопутствовала возникновению и/или прогрессированию венозной недостаточности н/к;
- А/г патология сочеталась с развитием тромботических и тромбоэмболических осложнений венозной недостаточности н/к;
- Проводилась профилактика ВТЭ в ходе выполняемых а/г манипуляций (операции, медикаментозное лечение, родоразрешение и др.).

Возраст пациенток колебался от 19 до 77 лет (40,1±14,3).

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) была представлена в виде варикозной (115 наблюдений) и посттромботической болезней (22). У 4 пациенток имелось сочетание варикозной болезни (ВБ) на одной н/к с посттромботической (ПТБ) – на другой. Степень нарушения регионарного венозного кровообращения у пациенток с ВБ и ПТБ оценивали на основании классификации CEAP (Intern Angiol, 1997; 16: 3-28) с указанием клинического класса.

Наблюдались следующие острые тромботические и тромбоэмболические явления: тромбофлебит подкожных вен – ТФ (56 пациенток), тромбоз глубоких вен – ТГВ (26), тромбоэмболия легочной артерии – ТЛА (4).

Применялись следующие методы исследования.

Клиническое обследование.

1. Анализ жалоб и анамнеза (начало болезни, течение, острота и выраженность явлений в динамике, взаимосвязь с а/г статусом).
2. Детальный физикальный осмотр на предмет выявления венозной патологии н/к (периметр конечностей, наличие отека, наличие варикозно расширенных вен, их расположение, размеры, распространенность, консистенция, болезненность при пальпации; кожные изменения (язва, зуд, пигментация), болезненность мышц голени при пальпации, функциональные пробы на проходимость глубоких вен).

© National Library of Armenia

Лабораторно-инструментальное исследования.

a. Дуплексное сканирование. Проводилось на аппаратах Ultramark ATL-9 (США) в МЦ «Диагностика» и Toshiba CorVision Pro (Япония) в отделении диагностики РМЦ «Армения» с использованием линейных датчиков 5, 8 10 МГц с возможностью цветного картирования кровотока и секторальных датчиков 2,5 и 3,5 МГц. Оценивались следующие параметры: проходимость подкожных и глубоких вен, уровень тромботического поражения, наличие флотирования проксимального конца тромба, наличие посттромботических изменений, уровни сафено-феморальных и сафено-поплитеальных соустий, функциональное состояние клапанной системы и перфорантных вен, наличие экстравазальной компрессии.

b. Допплерография (аппараты SpectraDop 3 – Франция, MiniDop – Россия) применялась при отсутствии возможности произвести дуплексное сканирование.

c. Импендансная плетизмография применялась как вспомогательный метод обследования при возможном флеботромбозе.

d. Ультразвуковое исследование (аппарат Aloka SSD 630 – Япония) проводилось при подозрении на наличие объемного образования брюшной полости, возможной экстравазальной компрессии или инвазии.

e. Определение коагулограммы (время свертывания, протромбиновое время, протромбиновый индекс, фибриноген) с обязательным расчетом АЧТВ у пациенток, получающих гепарин, и МНО – у получающих непрямые антикоагулянты. Исследования проводились на аппаратах HumaClot Duo (США) с использованием реактивов Human и Delta.

f. Определение антифосфолипидных антител у пациенток с подозрением на тромбофилию (многофункциональные анализаторы Tampro-Apta FP-9 – Финляндия, Reflotron – Германия).

g. Рентгенологическое исследование (аппарат TUR D-800-3) применялось для диагностики поражений легких, сопутствующей патологии сердца, для верификации уровня расположения кава-фильтра и отсутствия его дислокации, обрывов, переломов.

h. Рентген-контрастное исследование (кава-графия) проводилось в ходе имплантации кава-фильтра с целью выявления девиации и аномалий строения магистральных вен, определения локализации почечных вен, выявления тромботического поражения НПВ на уровне имплантации кава-фильтра. Использовались ангиографические аппараты Siemens-Elema AB Angiomatic, Philips PolyDiagnostic C (Германия).

На основании полученных данных заполнялись статистические карты. Полученные данные подвергнуты статистической обработке с использованием общепринятых показателей: среднее значение выборки (M), его среднее стандартное отклонение (SD), средняя ошибка (m), коэффициент вариации (CV%). Сравнение данных проводилось с использованием критериев достоверности различия (t-критерий Стьюдента, двухвыборочный t-тест с разными дисперсиями). Обработка данных проводилась на персональном компьютере Intel

Pentium III, с использованием программ Microsoft Excel 2000 и Microsoft Access 2000 и статистического пакета StatSoft Statistica 6,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для систематизации проводимой профилактики и терапии ВТЭ пациентки были подразделены на три клинические группы:

I группа – проводилась профилактика ВТЭ в ходе беременности, в связи с родами и в послеродовом периоде – 65 пациенток;

II группа – проводилась первичная профилактика ВТЭ в ходе лечения гинекологических объемных образований, диспластических, воспалительных, дисгормональных заболеваний, а также при смещении органов, нарушении их анатомического расположения – 52 больных;

III группа – вторичная профилактика ВТЭ у гинекологических больных со свежими (менее 2 месяцев) тромботическими и тромбоэмболическими поражениями – 50 больных.

В основу профилактики венозного тромбоэмболизма у акушерско-гинекологических пациенток нами взят принцип дифференцированного применения превентивных методов в зависимости от вероятности развития ВТЭ. С этой целью на основе доступных в литературе образцов (Comite scientif. thromb., 1995; Nicolaides A.N., 1997; Clagett G.P., 1998; Баешко А.А., 1999; Ital. Coll. of Phleb., 2001) разработана схема оценки степени риска развития ВТЭ (табл. 1). Выявленные у пациенток факторы риска (ФР) условно подразделены нами на две категории (табл. 2). В категорию «а» объединены имеющие умеренную прогностическую значимость ФР, более значимые факторы риска включены в категорию «b».

Среди 167 пациенток, вошедших в исследование, мы наблюдали 88 больных с острыми тромботическими поражениями венозной системы нижних конечностей, из которых:

- 33 пациентки из первой группы,
- все 50 больных третьей группы,
- 5 из второй группы, у которых ВТЭ развивался в ходе проводимой первичной профилактики.

Кроме того, связь уже перенесенного ВТЭ с а/г анамнезом обнаружена у 12 пациенток с ПТБ из второй группы и у 6 из первой группы.

Таким образом, у 106 (63,5%) пациенток нашей серии отмечалось развитие ВТЭ в связи с акушерско-гинекологическим статусом.

© National Library of Armenia

Таблица 1.

Низкая	Средняя	Высокая
Неполостные (малые) операции длительностью до 1 часа при отсутствии ФР или 1 ФР категории «а» Полостные операции без ФР Неосложненная беременность + 1 ФР категории «а»	Полостные операции с 1 ФР категории «а» (в том числе кесарево сечение) Неполостные операции с 2 и более ФР категории «а». Осложненная беременность. (эклампсия, угроза преждевременных родов и др.) с 0-1 ФР категории «а» Неосложненная беременность + 2 и более ФР категории «а»	Полостные операции с 2 и более ФР категории «а» Расширенные полостные операции Наличие ФР категории «b» Осложненная беременность. (эклампсия, угроза преждевременных родов и др.) + 2 и более ФР категории «а»
Частота развития проксимального ТГВ		
<2%	2-6%	6-20%
Частота развития клинической ТЛА		
Около 0,5%	0,5-2%	2-8%
Частота развития летальной ТЛА		
0,02%	0,1-1%	1-5%

Степень риска развития ВТЭ. В нижних графах приведены усредненные данные литературы по частоте развития ВТЭ в зависимости от степени риска (в отсутствие профилактики).

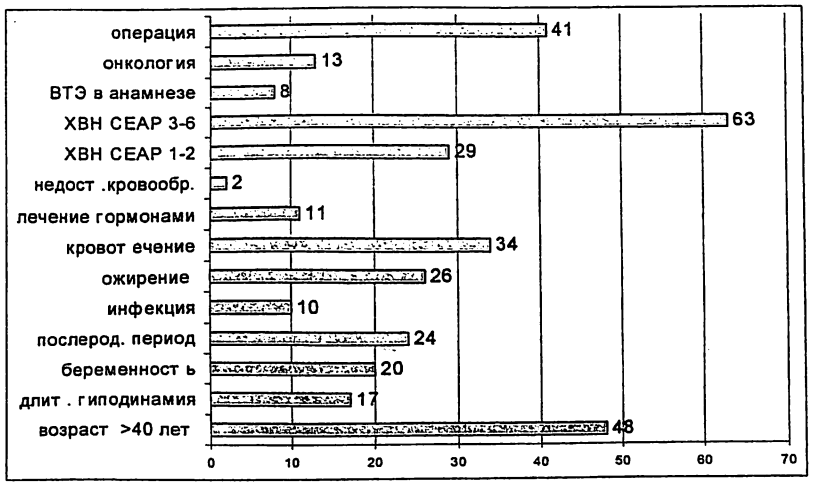
Таблица 2.

Факторы риска категории «а»:	Факторы риска категории «b»:
• возраст > 40 лет, •ХВН – варикозная болезнь (СЕАР 1-2), •прием эстрогенов, •постельный режим более 3 дней, •ожирение, •послеродовый период (6 недель), •недостаточность кровообращения, •острая системная или локальная инфекция, •кровотечение.	•онкологические заболевания, •ХВН – варикозная болезнь (СЕАР 3-6), •перенесенный ВТЭ (в том числе с диагнозом ПТБ), •паралич нижних конечностей, •тромбофилии, •миелопролиферативный синдром.

Факторы риска венозного тромбоэмболизма

На основании предложенной схемы проведен ретроспективный анализ вероятности развития ВТЭ у 106 пациенток, которые имели острые венозные тромботические и/или эмболические осложнения. Осуществлена идентификация факторов риска развития ВТЭ, результаты которой представлены на рисунке 1.

Рис.1.



Идентифицированные ФР пациенток, эпизод ВТЭ которых был ассоциирован с акушерско-гинекологическим статусом. По оси абсцисс – количество пациенток. (Учтен возраст на момент развития ВТЭ).

Наличие хотя бы одного из ФР категории «b» обуславливало высокий риск развития ВТЭ. Исключение составляли беременные женщины с ВБ класса СЕАР 3 по следующим причинам. Довольно трудно (порой невозможно) достоверно узнать, какому классу СЕАР соответствовала ХВН до беременности. Кроме того, наличие преходящего отека н/к во время беременности может быть обусловлено не только типичными для ХВН явлениями веностаза. Наконец, после родов во многих случаях происходит регрессия количества и выраженности варикозных вен и явлений отека конечности. По указанным причинам при расчете степени риска ВТЭ у беременных с ВБ клинический класс СЕАР 3 приравнивался к СЕАР 2.

В то же время, согласно таблице 2, послеродовый период обуславливает повышение риска развития ВТЭ, что необходимо учитывать при оценке вероятности развития послеродового ВТЭ у женщин с варикозом.

Следует отметить, что среди обнаруженных ФР отсутствуют тромбофилические состояния. Дело в том, что на момент развития острого тромботического поражения ни у

© National Library of Armenia

одной больной не было диагностировано подобное состояние, следовательно ретроспективная оценка факторов риска не могла их учесть. В ряде случаев тромбофилические состояния, а также наличие опухоли были обнаружены в ходе дальнейшего обследования.

Некоторые из представленных ФР не всегда могут быть включены в расчет степени риска перед проведением вмешательства или началом лечения, поскольку они развиваются после операции (системная или локальная инфекция) или обнаруживаются в ходе ее выполнения (как в случаях интраоперационной диагностики опухолей). Иногда объем выполняемой операции определяется уже в ходе вмешательства. Это диктует необходимость пересмотра интенсивности, а в ряде случаев – и способа профилактики ВТЭ.

С учетом представленных ФР и на основании схемы (таблицы 1, 2), проведена оценка степени риска (вероятности) развития ВТЭ, которая была у наших пациенток до начала акушерского или гинекологического лечения, а также всвязи с проводимыми операциями и манипуляциями. В 62% (66) случаев ВТЭ наблюдался у пациенток с высоким риском его развития. Из числа 7 пациенток с низким риском у двух при дополнительном обследовании диагностирована серьезная патология, приведшая к тромбообразованию: антифосфолипидный синдром – в одном наблюдении, опухоль яичников – в другом.

При анализе соответствия степени риска проведенной профилактике ВТЭ обнаружено, что у 18 пациенток ВТЭ развился до обращения к врачу. В остальных 88 наблюдениях тромботические поражения венозной системы н/к развились во время нахождения под контролем врача. В 57 наблюдениях недооценка степени риска развития ВТЭ привела к неадекватной его профилактике, что на фоне имеющихся факторов риска явилось основной причиной тромбообразования.

Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений.

Во всех 167 наблюдениях профилактика и/или лечение ВТЭ осуществлялись с применением рекомендованных в литературе схем консервативной терапии. Использовались как возможности механической профилактики, так и фармакотерапии с применением, в первую очередь, прямых (нефракционированный и низкомолекулярные гепарины) и непрямых (варфарин, фенилин) антикоагулянтов. Во всех случаях применения хирургических методик с целью предотвращения ВТЭ операционное вмешательство дополнялось использованием указанных консервативных мер профилактики. Т.е., упоминающаяся далее «хирургическая профилактика» подразумевает комплекс консервативных и хирургических методов.

При принятии решения о методах профилактики в первой группе учитывались следующие факторы:

1. Факт наличия беременности;
2. Планируемый способ родоразрешения;
3. Степень риска развития ВТЭ (При низком и среднем риске применялись более щадящие методики, меньшие дозировки препаратов. Предпочтение отдавалось использованию механических методов профилактики.);
4. Наличие ХВН и его стадия (играли важную роль при определении показаний к сосудистой операции);
5. Наличие острых тромботических поражений, их форма и локализация (в отсутствие острых тромботических поражений хирургический метод применялся только в случаях кесарева сечения);
6. Наличие технических возможностей осуществить выбранный вид вмешательства, адекватный уровень оснащенности и квалификации хирургической бригады;
7. Согласие пациентки.

В итоге, из 65 пациенток I группы хирургические методы включены в комплекс профилактических мер в 17 наблюдениях (26%) в связи с:

1. развитием острых тромботических явлений в течение беременности – 9 операций, из них:
   - 6 операций по поводу ТФ – выполнены комбинированная венэктомия н/к (КВЭ) и/или кроссэктомия (КЭ);
   - 3 имплантации кава-фильтров при ТГВ;
2. кесаревым сечением у пациенток с ТФ (4 симультанные КВЭ и/или КЭ);
3. послеродовыми острыми тромботическими поражениями – 4 операции, из них:
   - при ТФ выполнены 2 КВЭ и 1 КЭ;
   - при ТГВ в 1 наблюдении имплантирован кава-фильтр.

Во второй клинической группе все (52) пациентки характеризовались высоким риском развития ВТЭ, что было обусловлено в основном наличием злокачественного новообразования (в 17 наблюдениях – 33%), ХВН (100%), кровотечения (14 – 27%), планируемой операцией (в 46 случаях – 88%). В этой группе выбор способов профилактики ВТЭ проводился с учетом:

1. наличия показаний к хирургическому лечению ХВН независимо от гинекологического статуса;
2. плана гинекологического лечения;
3. риска развития ВТЭ в связи с предстоящим гинекологическим лечением;
4. возможности проведения симультанной операции;
5. согласия пациентки.

© National Library of Armenia

Показания к хирургической профилактике ВТЭ выставлены 38 пациенткам, из которых 9 отказались от ее проведения. В итоге оперированы 29 больных (56%), в остальных 23 наблюдениях проведена консервативная профилактика. Выполненные виды вмешательств представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Метод профилактики	Число пациенток	Симульт. операций
Хирургический, в том числе:	29	22
КЭ	2	2
КВЭ обеих н/к	6	5
КВЭ одной н/к	18	12
КВЭ одной н/к + КЭ другой н/к	3	3
Консервативный	23	-
Итого	52	22

Методы профилактики ВТЭ во второй клинической группе

Таким образом, 22 из 29 операций (76%) в этой группе пациенток выполнены симультанно. Кава-фильтрация не применялась.

Третья группа пациенток, включившая 50 гинекологических больных с острыми тромботическими поражениями, характеризовалась наибольшим риском прогрессирования процесса и развития ТЛА. Четверо пациенток на момент обращения уже имели явления перенесенной ТЛА. Исходя из этого, в этой группе наибольший процент оперированных пациенток – 40 (80%). Решение о применении хирургической профилактики ВТЭ принималось на основании факторов, отмеченных выше применительно к первой и второй группам. Определяющими выбор метода профилактики факторами являлись характер тромботического поражения и опасность развития эмболических осложнений (наличие флотирующего тромба, проксимальный ТФ).

Произведены следующие виды вмешательств:

1. Кроссэктомия выполнена 8 больным;
2. КВЭ – 24 пациенткам (в 1 случае произведена КВЭ на одной н/к и КЭ – на другой);
3. Имплантация КФ – 8 пациенткам;
4. Тромбэктомия из общей бедренной вены дополнила КЭ и КВЭ у пяти больных;
5. Пластика клапана общей бедренной вены спиралью по Введенскому дополнила КВЭ у одной пациентки.

В таблице 4 представлено соотношение типа сосудистой операции и времени проведения гинекологического вмешательства в третьей группе.

Таблица 4.

	КЭ	КВЭ	КФ
Проводилось хирургическое лечение ВТЭ, развившегося после гинекологического вмешательства	0	12	4
Симультанная с гинекологической сосудистая операция	7	7	4
Отсроченная гинекологическая операция	1	5	0

Соотношение типа сосудистой операции и времени проведения гинекологического вмешательства в третьей группе.

В общей сложности в нашей серии консервативными методами профилактика ВТЭ проведена в 81 наблюдении. Хирургические вмешательства включены в комплекс лечебных мероприятий у 86 пациенток. Из них 46 операций (53%) выполнены симультанно. Принятие решения о симультанном выполнении операций основывалось на наличии показаний к обоим вмешательствам, наличии технических возможностей и оснащенности, согласии пациентки.

Средняя длительность симультанных вмешательств за счет сосудистой операции возросла на 25 минут, кровопотеря – на 100 мл, раневых осложнений со стороны н/к не отмечено. Среднее время пребывания в стационаре не возросло.

Средний возраст перенесших симультанное вмешательство пациенток оказался достоверно выше, чем в целом по группе хирургической профилактики (48,2±11,6 и 43,5 ±1 2,9 лет соответственно, p=0,04). Т.о., возраст у наших пациенток не явился помехой для увеличения объема вмешательства за счет сосудистой операции.

Кава-фильтрация применена в 12 случаях по следующим показаниям:

1. Флотирующий тромб – 2;
2. Противопоказания к антикоагулянтной терапии у больных с ТГВ – 3;
3. Неэффективность консервативного лечения – 1;
4. ТГВ на последних неделях беременности – 3 пациентки;
5. Высокий риск ретромбоза (опухолевая инвазия в НрПВ)– 1;
6. Предстоящая гинекологическая операция у пациентки с тромбозом тазовых вен и высоким риском ВТЭ– 2.

Применены 4 модификации КФ: «классический» стальной фильтр Greenfield (5), нитиноловые фильтры Bird's nest (1), Simon-Palestrent (3) и TrapEase (3). Для имплантации КФ Гринфильда обнажались яремная (2) или бедренная (3) вены, а для нитиноловых фильтров использовалась пункция указанных сосудов. 11 фильтров имплантированы ниже почечных вен. В одном наблюдении у беременной пациентки с двусторонним ТГВ

© National Library of Armenia

(доступ – югулярная венесекция) пришлось расположить КФ в супраренальную позицию. Это было обусловлено невозможностью провести доставляющее устройство применявшегося КФ Гринфильда на уровень ниже почечных вен из-за выраженного сдавления и девиации нижней полой вены в этом сегменте.

Связанных с имплантацией КФ ранних осложнений не отмечалось. В сроки наблюдения от 4 месяцев до 6 лет не зарегистрировано ни одного случая позднего осложнения (ТЛА, миграция, перелом конструкции, перфорация НПВ, тромбоз в зоне имплантации). Среди пациенток, перенесших имплантацию КФ, были 3 беременные женщины, которые после вмешательства рожали самостоятельно, без осложнений.

Результаты профилактики и лечения ВТЭ оценивались согласно следующим критериям:

- Развитие ТЛА оценивалось на основе схем оценки «клинической вероятности» (Turpie A.G.G., 2002) с применением при необходимости дополнительных методов исследования (дуплексное сканирование);
- Развитие ТГВ оценивалось на основе аналогичных схем «клинической вероятности» ТГВ (Wells P.S., 1997, Turpie A.G.G., 2002) с обязательным дуплексным сканированием всех оперированных пациенток в течение 10-60 послеоперационных дней;
- ТФ подкожных вен диагностировался по клиническим проявлениям. При необходимости установить проксимальный уровень тромботического поражения, переход процесса на глубокую венозную систему проводилось дуплексное сканирование.

В случаях первичной профилактики положительным результатом считалось отсутствие тромботических поражений (в том числе ТФ подкожных вен) в ходе проводимой терапии и в течение 2 месяцев после его завершения. В случаях вторичной профилактики положительным считался следующий результат:

- При наличии исходного ТФ – отсутствие ТГВ и ТЛА в течение 2 месяцев;
- При наличии ТГВ – отсутствие ТЛА и ретромбоза глубоких вен в течение 6 месяцев;
- При наличии ТЛА – отсутствие повторной ТЛА, отсутствие прогрессирования тромботического поражения вен н/к в течение 6 месяцев.

Среди оперированных 86 пациенток лишь в одном случае отмечено развитие ретромбоза глубоких вен после симультанно выполненных надвлагалищной ампутации матки (в связи с кровоточащей миомой) и венэктомии обеих н/к (по поводу варикозно-язвенной формы ПТБ). Эффективность комплексной профилактики составила 98,8%.

Среди 81 пациентки, получившей только консервативную профилактику и/или лечение, развитие (или прогрессирование) ВТЭ отмечено в 7 наблюдениях: одна пациентка из первой группы, 4 – из второй группы, 2 – из третьей. Эффективность консервативных методов профилактики составила 91,3%. Во всех 7 случаях были предварительно были

выставлены показания к применению хирургических методов профилактики, которые по разным причиным не были проведены.

Сравнение результатов консервативной и хирургической профилактики не может быть полностью корректным по следующим причинам: неоднородность групп по а/г патологии, степени риска развития ВТЭ, особенностям и частоте представленных сосудистых патологий, возрасту. Однако анализ был проведен с учетом того, что группа пациенток, получивших хирургическую профилактику, была тяжелее по всем указанным параметрам (табл. 5). В итоге, разница в результатах оказалась статистически достоверной (хирургическая профилактика – 98,8%, консервативная – 91,3%, p=0,03)

Таблица 5.

	Группа хирургической профилактики	Группа консервативной профилактики	Достоверность разницы
Средний возраст	44,5±12,9	36,5±14,8	p=0,001
Средняя степень риска (низкая=1, средняя=2, высокая=3)	3,00	2,78	$p=2x10^{-6}$
Количество острых ВТЭ на момент начала лечения	62,8%	35,8%	p=0,0004

Сравнение основных характеристик групп пациенток консервативной и хирургической профилактики

Проведено сравнение исходов комплексной профилактики с результатами консервативной у тех пациенток, которые (несмотря на наличие показаний к хирургическим вмешательствам) не были оперированы в силу ряда обстоятельств. Таких пациенток оказалось 15, из них в 7 случаях отмечалось развитие и/или прогрессирование ВТЭ. Разница оказалась статистически достоверной (p=0,004).

Таким образом, статистически подтверждены следующие выводы.

- Несмотря на известный факт, что само хирургическое вмешательство способствует развитию ВТЭ, примененные нами методы операций не только не ухудшили результаты проведенной профилактики ВТЭ, но и помогли превзойти результаты консервативной профилактики.
- Консервативные методы профилактики ВТЭ не заменяют хирургическое вмешательство при наличии показаний к последнему.

© National Library of Armenia

ВЫВОДЫ

1. В качестве основной причины венозного тромбоэмболизма у 53 % больных выступает недооценка риска его развития, приводящая к неадекватной профилактике. В 62% ВТЭ развивается у пациенток высокого риска.
2. Хирургическая профилактика венозного тромбоэмболизма в акушерстве применима при:
   - остром восходящем тромбофлебите во время беременности;
   - кесаревом сечении, при наличии ХВН с выраженным варикозным синдромом (операции выполняются симультанно);
   - наличии острых тромботических поражений глубокой венозной системы н/к.

   Необходимость в проведении операций возникает лишь у 26 % пациенток.
3. Первичная хирургическая профилактика ВТЭ в гинекологии применяется с учетом:
   - риска развития венозного тромбоэмболизма;
   - формы и стадии хронической венозной недостаточности;
   - наличия показаний к хирургическому лечению гинекологической патологии.
4. Во вторичной хирургической профилатике венозного тромбоэмболизма в гинекологии (при наличии острых тромботических поражений) хирургические методы применимы в 80 % случаев.
5. Хирургические методы (кроссэктомия, комбинированная венэктомия, кава-фильтрация, тромбэктомия) в комплексе с консервативными мерами профилактики позволяют избежать развития венозных тромботических/эмболических осложнений в 98,4% случаев.
6. Консервативные методы профилактики ВТЭ не заменяют хирургическое вмешательство при наличии показаний к последнему.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для эффективной профилактики ВТЭ в акушерстве-гинекологии необходим дифференцированный подход к выбору способов и методов профилактики, основанный на адекватной оценке риска развития ВТЭ.
2. Оценку вероятности развития ВТЭ необходимо проводить с учетом факторов риска (таблицы 1 и 2).
3. Консервативные методы с успехом могут быть применены в профилактике ВТЭ (особенно у пациенток низкого и среднего риска), однако не заменяют хирургическое вмешательство при наличии показаний к нему.

4. При наличии показаний к комбинированной венэктомии у пациенток с планируемой акушерско-гинекологической операцией оба вмешательства следует выполнять симультанно.
5. Кроссэктомию следует применять как метод вторичной профилактики венозного тромбоэмболизма при наличии острого тромбофлебита подкожных вен при отсутствии показаний к венэктомии (или невозможности ее выполнения).
6. Имплантация кава-фильтра показана при наличии высокого риска отрыва и миграции имеющегося тромба, при отсутствии возможности провести адекватную антикоагулянтную терпаию (либо при неудачном его применении). Этот метод показан также беременным на последних неделях гестации с острым тромбозом глубоких вен, особенно при предстоящем кесаревом сечении.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Султанян Т.Л., Бадалян А.С. «Имплантация кава-фильтра как метод хирургической профилактики тромбоэмболии в системе легочной артерии» //Вестник хирургии Армении, 2000; 2 (23), с. 20-23.
2. Badalyan A.S. «The Postoperative Venous Thromboembolism» // «Young doctors on the threshold of the third millennium», Suppl. of International Conference, Yerevan, 2001, pp. 44-45.
3. Бадалян А.С. «Наш опыт лечения тромбоза глубоких вен нижних конечностей» // Сборник научных трудов IY-го конгресса кардиологов Армении, 24-25 сентября 2003, Ереван, с. 170-176.
4. Султанян Т.Л., Бадалян А.С., Восканян В.С. «Венэктомия нижних конечностей, производимая симультанно с операцией по поводу основного заболевания, в профилактике послеоперационного венозного тромбоэмболизма» // Материалы Всеармянского межд. хирургич. конгресса, Ереван, 1-3 октября 2003, с.119-120.
5. Султанян Т.Л., Бадалян А.С., Восканян В.С. «Хирургическая профилактика тромбоэмболии в систему легочной артерии» // Материалы XIY Съезда хирургов стран Южного Кавказа, 13-16 ноября, 2003, т.2, с. 199-200.
6. Бадалян А.С. «Оценка степени риска развития венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии» // Вопросы теоретической и практической медицины. Том 7, N2(32), 2004, с. 39-42.
7. Султанян Т.Л., Бадалян А.С., Восканян В.С. «Эмболоопасный венозный тромб: хирургическая профилактика тромбоэмболии легочной артерии» // Вопросы теоретической и практической медицины. Том 7, N2(32), 2004, с. 43-46.

© National Library of Armenia

Ամփոփում

Հետազոտության մեջ տեղ են գտել մանկաբարձա-գինեկոլոգիական (մ/գ) պրոֆիլի 167 հիվանդ հետևյալ չափանիշների համաձայն. ա) մ/գ պաթոլոգիան զուգակցվել է ստորին վերջույթների երակային անբավարարության զարգացումով կամ խորացումով, բ) մ/գ պաթոլոգիան զուգակցվել է ստորին վերջույթների երակային անբավարարության թրոմբոտիկ և թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների զարգացումով գ) անց է կացվել երակային թրոմբոէմբոլիզմի (ԵԹԷ) կանխարգելում:

Մշակվել է ԵԹԷ-ի զարգացման ռիսկի աստիճանի գնահատման սխեմա: Վերջինիս հիման վրա 106 հիվանդների մոտ կատարվել է թրոմբոտիկ և թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների զարգացման պատճառների հետադարձ գնահատում: Դեպքերի 62%-ում ԵԹԷ-ն զարգացել է բարձր ռիսկի հիվանդների մոտ: 53%-ում ԵԹԷ-ի զարգացման հիմնական պատճառ է հանդիսացել ռիսկի թերագնահատումը, ինչի հետևանքով անց չի կացվել համապատասխան կանխարգելում:

Ներկայացված են հիվանդների տարբեր խմբերի մոտ ԵԹԷ-ի դիֆերենցված կանխարգելման սկզբունքները, կիրառված սխեմաները, կատարված 86 վիրահատությունները, այդ թվում՝ կավա-ֆիլտրի իմպլանտացիայի 12 դեպք: Մշակված են պալիատիվ և արմատական վիրահատությունների ցուցումները՝ ԵԹԷ-ի կանխարգելման նպատակով (նաև հղիության ընթացքում): Քննարկվել են ԵԹԷ-ի կանխարգելման արդյունքները: Կոնսերվատիվ կանխարգելման արդյունավետությունը կազմել է 91,3%, իսկ վիրաբուժականինը՝ 98,8% (p=0,03): Ապացուցվել է, որ վիրահատման ցուցում ունեցող հիվանդների մոտ կոնսերվատիվ եղանակով ԵԹԷ-ի կանխարգելման էֆեքտիվությունը բավարար չէ:

The Prevention Of Thromboembolic Complications Of Lower Limbs' Venous Insufficiency In Obstetrical-Gynecological Patients

Summary

The aims of the study are the improvement of the results of venous thromboembolism (VTE) prevention and the development of the indications for surgical prophylaxis of VTE.

167 obstetrical-gynecological (o/g) patients were included in the investigation according to following criteria: a) o/g pathology was accompanied with the development or progressing of lower limbs' venous insufficiency, b) o/g pathology was accompanied with the VTE development, c) the prophylaxis of VTE was carried out.

The scheme of VTE development risk assessment has been worked out. The retrospective analysis of the causes of VTE development in 106 patients was performed. VTE developed in high-risk patients in 62%. In 53% of the cases the underestimation of VTE risk led to absence of prophylaxis, which became the main cause of VTE.

15.05.2014

The preventive measures in different states and the indications for palliative and radical operations are described, including those during pregnancy. In 81 patients conservative prevention of VTE was conducted. 86 operations were performed, including 12 vena-cava-filter implantations. The efficacy of conservative preventive measures totals to 91,3 %, and the same for complex (with surgery) prophylaxis of VTE amounts to 98,8 % (p=0,03). In the patients with the indications for the operations the application of only the conservative prophylaxis of VTE couldn't effectively replace the surgery. This fact is proved statistically (p=0,004).

© National Library of Armenia

© National Library of Armenia