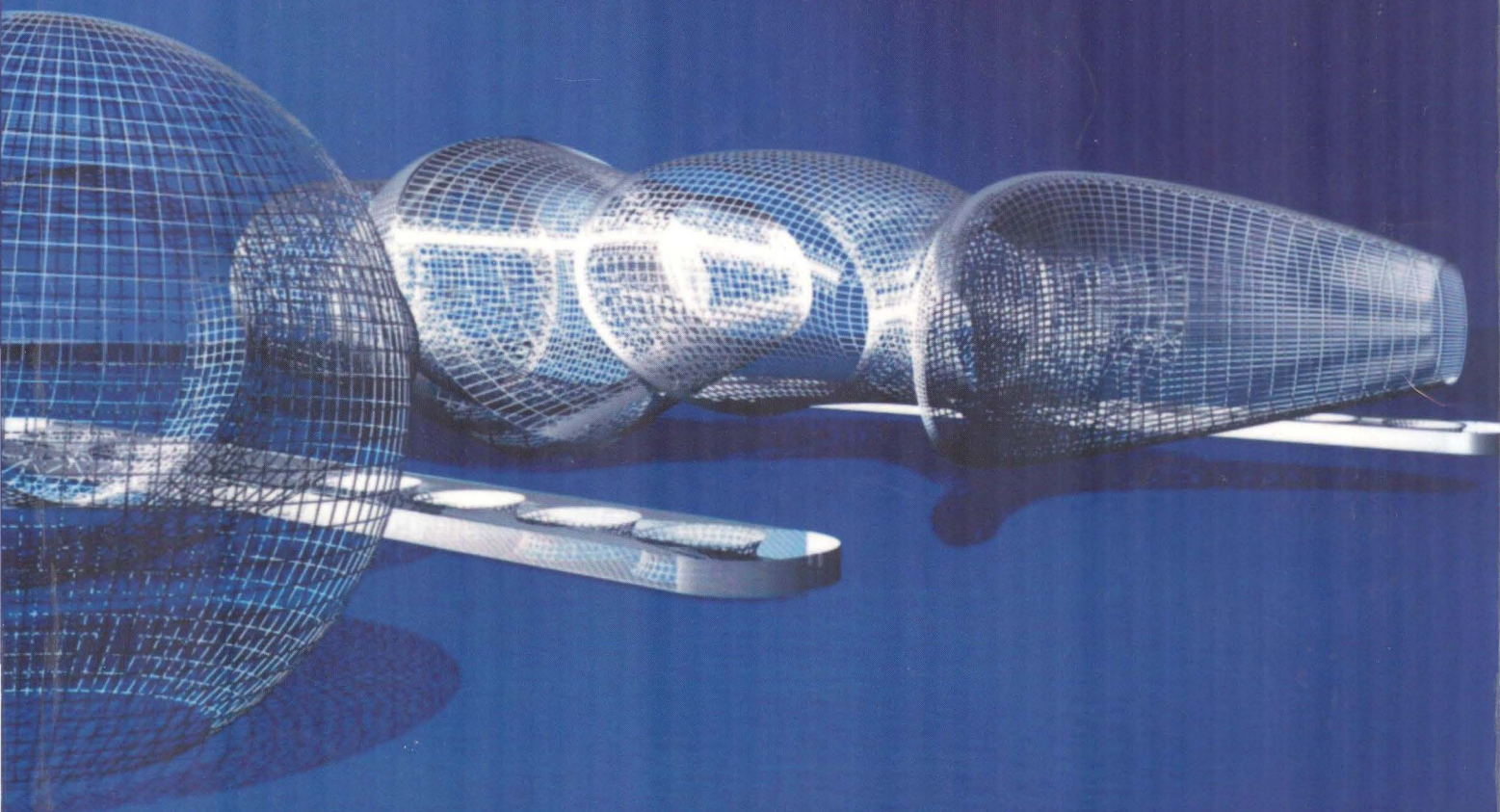


ISSN 1684-9280

Травматология ЖӘНЕ Ортопедия

Специальный выпуск



2/2005

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

М.Б. БАУБЕКОВ, М.К. ИБРАЕВ, Ф.С. ОЛЖАЕВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Мақалады ортопедиялық операциялардан кейінгі сонымен қоса жамбас-сан буынының эндопротезінен кейінгі, тромбоэмболиялық асқынулардың дамуының себептеріне талдау жүргізілген. Флеботромбоздарды алдын алу үшін қатерлі факторларды есепке ала отырып құрастырылған кезде НМГ- мен және басқа әдістерді қолдана отырып операциядан кейінгі венозды тромбоэмболиялық асқынулардың даму қаупін төмендетуге мүмкіндік берді.

The analyze of causes of thrombotic and embolic complications was carried out after the orthopedic operations including a hip arthroplastice. The worked out scheme of the prevent phlebothrombosis with the risk and using NMG in combination with other methods was allowed to decrease the probality risk thromboembolic post operation complication.

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей и порождаемая им тромбоэмболия легочной артерии - нередкие и опасные осложнения, которым подвержены многие больные ортопедотравматологического профиля.

Сегодня это осложнение тромбоза глубоких вен становится наиболее частой причиной смерти оперированных больных с благоприятным прогнозом жизни. Оно обуславливает около 55% случаев летального исхода даже после удачно выполненных операций. При выполнении операций протезирования тазобедренного сустава отмечается 77% случаев тромбоза глубоких вен, протезирования коленного сустава - 55%, остеосинтеза при переломах бедренной кости - 53-76% случаев. Так, до 10 % больных старше 50 лет с переломом шейки бедра умирают от массивной ТЭЛА даже без оперативных вмешательств.

Проведенный анализ тромботических и эмболических осложнений после выполнения операций ортопедотравматологического профиля, в том числе эндопротезирования тазобедренных суставов в условиях НИИТО, показал, что все факторы, инициирующие возникновение тромбоза глубоких вен, а именно: хирургическая агрессия, активизирующая свертывающую систему крови, наркоз, применение миорелаксантов, которое приводит к замедлению кровотока в венах нижних конечностей, иммобилизация, даже короткая, в течение 3-4 дней, гормонозаместительная терапия, ожирение, хроническая венозная недостаточность - действительно имеют место. Особую роль играют ограничение двигательной активности больного. Принятая практика наложения скелетного вытяжения у больных пожилого и старческого возраста, приковывающая больного к постели, приводит к выключению мышечно-венозной помпы голени и развитию флебостаза. Даже если удается избежать легочной эмболии при развитии флеботромбоза,

у больного остаются посттромбофлебитические изменения венозного русла, которые требуют пожизненной поддерживающей компрессионной и флеботонической терапии, что ограничивает социальную активность пациента и снижается эффективность выполненной операции.

Чаще у больных развивается илеофemorальный флеботромбоз, который наиболее опасен по степени риска развития эмболических осложнений. Учитывая вышеизложенные факторы, удалось снизить развитие флеботромбозов при операциях эндопротезирования. В пред- и послеоперационном периоде при наличии у больного одного из факторов риска проводится обязательный осмотр ангиохирурга, при возможности выполняется ультразвуковое ангиосканирование и назначаются профилактические дозы низкомолекулярного гепарина с учетом весовой градации. Используется фраксин, фраксипарин, клексан. Введение препарата начинается за 7 часов до вмешательства, и продолжается до полной активизации больного. В послеоперационном периоде продолжается инфузия декстранов (реополиглюкин, реомакродекс). Для уменьшения стаза крови в глубоких венах используются эластическая компрессия ног (эластические бинты или медицинский компрессионный трикотаж (чулки)), возвышенное положение конечности и ранняя активизация больного. После выписки из стационара назначаются варфарин в дозе 5-10 мг за 4-5 дней до отмены гепарина, венотоники. Используя данные профилактические мероприятия, удалось снизить развитие венозных тромбоэмболических послеоперационных осложнений и тромбоза глубоких вен.

Таким образом, высокая распространенность ТГВ и его последствий, а также связанные с этим смертность и инвалидизация, колоссальные экономические расходы на лечение больных, дают основание для поиска путей предупреждения развития флеботромбозов.