

© Матвійчук Б.О., Федчишин Н.Р., Бохонко Н.Р., 2012

УДК 616.381-002-06:616.14-005.6

**ФЛЕБОТРОМБОЗ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ****Б.О.Матвійчук, Н.Р.Федчишин, Р.Л.Бохонко***Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

**Резюме.** З метою скринінгу флеботромбозу при гострому перитоніті проспективно обстежено 57 хворих. Флеботромбоз виявлено у 29,8% випадків. Частота безсимптомного флеботромбозу перевищила частоту клінічно маніфестованого тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок у 2,4 раза. Низькомолекулярні гепарини мають найвищу ефективність у специфічній профілактиці флеботромбозу у хворих на гострий перитоніт.

**Ключові слова:** гострий перитоніт, флеботромбоз, скринінг, профілактика.

Гострий перитоніт (ГП) – найчастіша причина післяопераційної летальності у невідкладній абдомінальній хірургії. Досягнення світової клінічної та експериментальної хірургії останнього сторіччя поглибили розуміння етіології та патогенезу ГП, значення мікрофлори та реактивності організму хворого, завдань та алгоритму хірургічних втручань. Зростаюче значення госпітальної інфекції зумовило виокремлення третинного перитоніту з його діагностичними, тактичними та прогностичними особливостями. Терміни та критерії верифікації синдрому системної запальної відповіді, сепсису, тяжкого сепсису і септичного шоку набули глобального визнання [1, 2]. Спеціальної уваги заслуговує поліорганна недостатність – маркер тяжкого сепсису, яка є визначальним чинником танатогенезу при ГП. Розлади системи гемостазу, будучи скоріш за все проявом системної дисфункції у хворих на ГП, є, з одного боку, найменш очевидними, з другого – найскладнішими для ранньої діагностики. Рутинна коагулограма не володіє необхідною чутливістю та специфічністю у ранній діагностиці тромботичних ускладнень.

**Мета дослідження:** провести клінічний та ультразвуковий скринінг флеботромбозу та визначити особливості специфічної тромбопрофілактики у хворих на ГП.

**Матеріал і методи.** Проспективним дослідженням охоплено 57 осіб, хворих на перитоніт, оперованих в 2010-2011 роках. Серед хворих переважали (63,2%) чоловіки. Вік обстежених становив 18-91 (51,1±16,4) рік. Характерною особливістю хворих було пізнє звертання

по медичну допомогу: до 12 год від початку захворювання госпіталізовано 12 (21,1%) хворих, 12-48 год – 37 (64,9%), понад 48 год – 8 (14%). Пацієнтів із первинним перитонітом (туберкульозним, асцит-перитонітом) у дослідження не включено. Як правило, фізикальний огляд хворого доповнювали інструментальним (УЗД, рентгенографія, КТ) та стандартними лабораторними дослідженнями. Під час об'єктивного обстеження пацієнта звертали увагу на наявність симптомів та ознак тромбозу глибоких вен (спонтанний біль у нозі, пастозність і набряк, застійна гіперемія шкіри кінцівки, збільшення окружності гомілки та стегна, симптоми Хоманса та Мозеса). Перед ургентним хірургічним втручанням і на 3-й та 7-й дні після нього виконували компресійне триплексне сканування вен нижніх кінцівок апаратами "Ultima Pro" (Україна) і "Siemens Acuson Sures" (Німеччина). Під категорію сепсису підпадали 29 (50,9%) госпіталізованих, тяжкого сепсису – 21 (36,8%), септичного шоку – 7 (12,3%). Передопераційна підготовка полягала в максимально можливій корекції водно-електролітного балансу, функцій основних органів і систем, емпіричній антибіотикотерапії. Всіх хворих оперовано під ендотрахеальним наркозом в перші 6 год госпіталізації. Трьох онкохворих з післяопераційним перитонітом (спричиненим неспроможністю швів ілеотрансверзоанастомозу – 1, колоректального анастомозу – 1, колоанального – 1) оперовано в межах 4-6 год після виявлення ускладнення. Причинами розвитку ГП були: деструктивний апендицит – 14

(25,9%), перфораційна виразка шлунка або ДПК – 12 (22,2%), некроз і перфорація защемленої петлі тонкої кишки – 9 (16,7%), деструктивний холецистит – 7 (12,9%), перфорація раку товстої кишки – 6 (11,3%), діастатичний супрастенотичний розрив ободової кишки – 3 (5,5%), перфорація раку шлунка – 2 (3,7%), гангрена і перфорація сегмента тонкої кишки внаслідок порушення мезентеріального кровообігу – 1 (1,8%). Серозно-фібринозний характер ГП констатовано у 4 (7%) пацієнтів, фібринозно-гнійний – 21 (36,8%), гнійний – 9 (15,8%), жовчний – 10 (17,5%), каловий – 13 (22,9%). За розповсюдженістю місцевий відмежований перитоніт констатовано у 8 (14%) пацієнтів, місцевий невідмежований – 19 (33,3%), дифузний – 30 (52,7%). Перший ступінь тяжкості за Мангеймським індексом перитоніту [3] визнано у 19 (33,3%) випадках, 2-й і 3-й у – у 27 (47,4%) та 11 (19,3%) відповідно. Невідкладне втручання полягало в хірургічному контролі джерела ГП, санації та дрениванні очеревинної порожнини. Ексудат очеревинної порожнини брали для бактеріологічного дослідження та визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків. Перевагу в протимікробній терапії надавали антибіотикам класів фторхінолонів або інгібіторозащитених пеніцилінів у поєднанні з препаратами класу нітроїмідазолів. При ознаках тяжкого сепсису та септичного шоку застосовували карбапенеми. Програмовані релапаротомії для етапної санації дифузного калового перитоніту виконано 8 (14%) хворим. Вимушені релапаротомії у зв'язку з евентрацією застосовано в 3 пацієнтів. Померло 7 (12,3%) хворих. Основною причиною смерті була поліорганна недостатність, зумовлена тяжкою мікробною та ендогенною інтоксикацією.

**Результати дослідження та їх аналіз.** Флеботромбоз та ТЕЛА – потенційно небезпечні для життя ускладнення [4]. Понад 80% флеботромбозів мають субклінічний характер, що пояснюється пристінковим розташуванням тромба. Саме такий неоклюзійний флеботромбоз найбільш емболозагрозливий. Від часів Р.Вірхова світова наука зробила великий крок у розумінні тромбогенезу, зокрема, виокремлено фактори, які сприяють формуванню тромба, розроблені способи прогнозування ризику тромбоутворення [5]. Але дотепер гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини та їх

найтяжче ускладнення – перитоніт не посіли належного місця у переліку факторів виникнення тромбозу глибоких вен [6, 7]. Основні етіопатогенетичні чинники перитоніту, а саме бактерійна та ендогенна інтоксикація, сповільнення кровотоку внаслідок зовнішніх втрат та секвестрації рідини в порожнинах організму, пролонгований ліжковий режим, центральні венозні катетери є потужними тригерами відомої тріади тромбогенезу Р.Вірхова.

Перед виконанням ургентного хірургічного втручання у жодного з обстежених хворих не виявлено клінічних ознак флеботромбозу. Натомість у 4 (7%) пацієнтів під час ультразвукового компресійного ангіосканування констатовано наявність неоклюзійного флеботромбозу (2 – у стегновій вені, 2 – в суральних синусах). У післяопераційному періоді клінічна картина тромбозу глибоких вен розвинулася у 5 (8,8%) хворих, субклінічний флеботромбоз констатовано в процесі компресійного триплексного ангіосканування у 8 (14,0%) пацієнтів. Отже, флеботромбоз ускладнив перебіг ГП в 17 (29,8%) випадках. Зазначимо, що частота безсимптомного тромбозу глибоких вен у 2,4 раза перевищила частоту клінічно маніфестованого флеботромбозу.

Специфічну профілактику венозних тромбозів та емболій застосовано у 45 (78,9%) хворих відповідно до сучасних рекомендацій [8], зокрема нефракціонованим гепарином у 6 (13,3%) пацієнтів та низькомолекулярним гепарином – у 39 (86,7%). Основним аргументом відмови лікарів від застосування антикоагулянтів була загроза неконтрольованої посиленої кровоточивості тканин операційного поля під час невідкладного хірургічного втручання. Отже, флеботромбоз у хворих на ГП виник у 12 хворих при відсутності фармакопрофілактики, у 3 пацієнтів із специфічною профілактикою нефракціонованим гепарином, у 2 – низькомолекулярним гепарином. Примітно, що в останніх двох випадках низькомолекулярний гепарин у максимальній профілактичній дозі почали вводити лише з 2-ї доби після втручання. ТЕЛА та летального випадку від неї не констатовано.

**Висновки та перспективи наукового пошуку.** 1. Флеботромбоз ускладнює перебіг ГП у кожного третього оперованого. 2. Частота безсимптомного флеботромбозу перевищує частоту клінічно маніфестованого тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок у 2,4 раза. 3. Ультра-

звукове компресійне ангіосканування є способом вибору в діагностиці флеботромбозу, особливо при субклінічному перебігу. 4. Низькомолекулярні гепарини мають найвищу ефективність у специфічній профілактиці флеботромбозу у хворих на ГП. 5. Перспективним нап-

рямком у пошуку шляхів вирішення проблеми венонних тромбозів та емболій слід вважати винайдення лабораторних маркерів тромбоутворення на зразок Д-димерів, які б мали достатню позитивну діагностичну чутливість і специфічність.

### Література

1. Гостищев В.К. Перитонит / Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. – М.: Медицина, 2002. – 224 с.
2. Распространённый гнойный перитонит / [В.В.Бойко, И.А.Криворучко, С.Н.Тесленко и др.]. – Харків: Прапор, 2008 – 280 с.
3. Linder M.M. Der Mannheimer peritonitis-index. Ein instrument zur intraoperativen prognose der peritonitis / M.M.Linder, H.Wacha, U.Feldmann [et al.] // Chirurg. – 1987. – Vol. 58, № 2. – P. 84-92.
4. Geerts W.H. Prevention of Venous Thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8-th Edition) / W.H.Geerts, D.Bergquist, G.F.Pineo [et al.] // Chest. – 2008. – Vol. 133. – P. 381-453.
5. Kucher N. Risk factors associated with symptomatic pulmonary embolism in a large cohort of deep vein thrombosis patients / N.Kucher, V.F.Tapson, S.Z.Goldhaber // Thromb Haemost. – 2005. – Vol. 93. – P. 494-498.
6. Cohen A.T. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study / A.T.Cohen, V.F.Tapson, J.F.Bergman [et al.] // Lancet. – 2008. – Vol. 371. – P. 387-394.
7. Samama M.M. Quantification of risk factors for venous thromboembolism: a preliminary study for the development of a risk assessment tool / M.M.Samama, O.E.Dahl, D.J.Quinlan // Haematologica. – 2003. – Vol. 88. – P. 1410-1421.
8. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика [міждисциплінарні клінік.]. – К., 2011. – 63 с.

### ФЛЕБОТРОМБОЗ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА

**Резюме.** С целью скрининга флеботромбоза при остром перитоните проведено проспективное обследование 57 больных. Флеботромбоз выявлен у 29,8% случаев. Частота бессимптомного флеботромбоза превысила частоту клинически манифестированного тромбоза глубоких вен нижних конечностей в 2,4 раза. Низкомолекулярные гепарины продемонстрировали наибольшую эффективность в специфической профилактике флеботромбоза у больных острым перитонитом.

**Ключевые слова:** острый перитонит, флеботромбоз, скрининг, профилактика.

### PHLEBOTHROMBOSIS AS A COMPLICATION OF ACUTE PERITONITIS

**Abstract.** Fifty seven patients with acute peritonitis have been enrolled into a prospective study aiming to screen phlebothrombosis. Phlebothrombosis was revealed in 29,8% patients. The prevalence of asymptomatic phlebothrombosis exceeded the incidence of clinically manifested thrombosis of the deep veins of the low extremities 2,4 times. Low molecular weight heparins have revealed the highest efficacy in specific prophylaxis of phlebothrombosis in patients with acute peritonitis.

**Key words:** acute peritonitis, phlebothrombosis, screening, prophylaxis.

Danylo Halyts'kyi National Medical University (L'viv)

Надійшла 28.04.2012 р.

Рецензент – проф. В.В.Білокий (Чернівці)