

2. Вишинська М.Б. Особливості коагуляційного гемостазу в пацієнтів з політравмою. *Emergency Medicine (Ukraine)*. ISSN 2224-0586 .2023. V.19. № 1. С 38-41. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0586.19.1.2023.1553>

3. Філик О.В., Вишинська М.Б Гемостаз та запалення у пацієнтів із політравмою. *Медицина невідкладних станів*. ISSN 2224-0586. 2021. Том 17. № 8. С. 66-72. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0586.19.1.2023.1553>

4. Кошарський Д.С., Сухонос Р.Є., Тарабрін О.О. Сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики ускладнень у пацієнтів із політравмами та критичними станами. *Clinical Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine*. 2024. № 2 (21). С. 25-33. DOI <https://doi.org/10.32782/2411-9164.21.2-4>

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-491-0-13>

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДУ ТРОМБОПРОФІЛАКТИКИ У ХВОРИХ, ЯКИМ ВИКОНУЄТЬСЯ РУКАВНА РЕЗЕКЦІЯ ШЛУНКА

Тарабрін О. О.

*доктор медичних наук, професор,
заслужений діяч науки і техніки України,
завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії
та медицини невідкладних станів
Міжнародний гуманітарний університет
м. Одеса, Україна*

Сухонос Р. Є.

*асистент кафедри анестезіології, інтенсивної терапії
та медицини невідкладних станів
Міжнародний гуманітарний університет
м. Одеса, Україна*

Суслов О. С.

*аспірант кафедри анестезіології, інтенсивної терапії
та медицини невідкладних станів
за спеціальністю 222 Медицина
Міжнародний гуманітарний університет
м. Одеса, Україна*

Вступ. Ожиріння є однією з ключових проблем 21 століття і призводить до зростання захворюваності, смертності та інвалідності.

В даний час існує багато методів лікування ожиріння, але є багато випадків, коли ожиріння не лікується жодними консервативними методами, тому все більшої популярності набуває бариатрія – розділ загальної хірургії, спрямований на зниження надлишкової маси тіла шляхом проведення операцій на шлунково-кишковому тракті у пацієнтів з масо-ростовим індексом маси тіла (ІМТ) більше 35.

Пацієнти з морбідним ожирінням (МО) мають дуже високий ризик інтра- та післяопераційної венозної тромбоемболії (ВТЕ). Існує високий ризик тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з ожирінням, особливо у хворих під час бариатричних втручань. Ожиріння порушує внутрішні та зовнішні шляхи згортання крові, а також механізми антикоагуляції, що призводить до гіперкоагуляції. Концентрація фібриногену, фактора фон Віллебранда та фактора VII у плазмі значно підвищується у пацієнтів із ожирінням, тоді як агрегація тромбоцитів посилюється лептином.

Мета. Дослідити вихідних рівень тромбонебезпеки у пацієнтів з морбідним ожирінням, що є об'єктами бариатричного виду оперативного втручання – рукавної резекції шлунка; встановити оптимальний метод тромбопрофілактики хворих, яким виконується рукавна резекція шлунка.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 63 пацієнти з МО.

Усі пацієнти були розділені на 3 групи залежно від виду операції:

1 група (n-23) за дві доби до операції отримувала комбіновану терапію еноксипарином натрію по 0,4 мл підшкірно кожні 12 годин та пентоксифіліном по 100 мг кожні 12 годин.

2 група (n-37) отримувала монотерапію Еноксіпарин натрію по 0,4 мл підшкірно кожні 12 годин за дві доби до операції.

3 група (n-3) – хворі, яким була виконана рукавна резекція шлунка і не отримували специфічної профілактичної терапії.

Дослідження системи гемостазу проводили методом низькочастотної п'єзоелектричної тромбоеластографії (LPTEG) відразу після госпіталізації та через 1, 3, 5 днів після операції.

Перевіряли такі константи згортання крові:

- Інтенсивність контактної коагуляції (CCI),
- Інтенсивність коагуляції (ICD),
- Максимальна щільність згустку (МА) і фібринолітична активність
- Індекс ретракції та лізису тромбу (ICRL).

Результати. У всіх групах до початку терапії ICC зріс на 24,22 %, ICD був вище норми на 37,54 %, МА збільшився на 74,52 %, ICRL на 92,12 % вище норми (рис. 1).

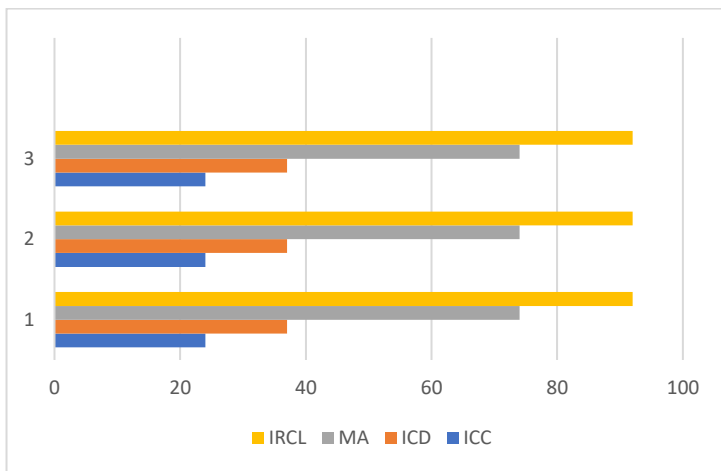


Рис. 1. Порівняння результатів дослідження LPTEG до початку терапії

У 1 групі на 5-ту добу відмічено зниження ICC на 13,2 % від норми, у 2 групі – зниження ICC на 13,2 % від норми; Показники коагуляції та фібринолізу були в межах норми. У 3 групі ІКК збільшився на 15,33 %, ICD – на 17,66 %, MA – на 24 %, IRCL – на 22,2 % порівняно з даними при надходженні (рис. 2).

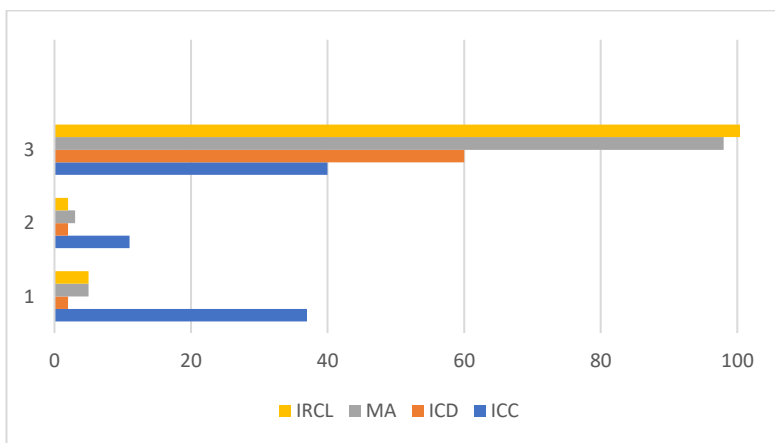


Рис. 2. Порівняння результатів дослідження LPTEG на 5-ту добу

Наприкінці дослідження у пацієнтів 1 та 2 групи ВТЕ не було, у пацієнтів 3 групи – 1 епізод тромбоемболії дрібних гілок легеневої артерії. У хворих 1 групи був один епізод післяопераційної кровотечі.

Висновки. Для профілактики ВТЕ під час рукавної резекції шлунка комбінація антикоагулянтів і антиагрегантів є більш ефективною, ніж монотерапія антикоагулянтами.

Відсутність будь-якої профілактичної терапії у пацієнтів, які перенесли рукавну гастректомію, може призвести до тромботичних ускладнень і збільшити ризик смертності в періопераційному періоді.