Р. К. НЕРСИСЯН, Ю. Я. ГЛЕЙЗЕР

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Урологическая клиника I ММИ

За последние 2 десятилетия отмечается рост тромбоэмболических осложнений после оперативного вмешательства, в том числе и после урологических операций.

Наиболее частой причиной тромбоэмболии являются тромбозы глубоких вен таза и нижних конечностей.

Тромбоэмболиям способствуют пожилой возраст, ожирение, инфекция, травма, сердечно-сосудистые заболевания и т. д., которые приводят к изменению химизма крови.

Профилактические и лечебные мероприятия при тромбоэмболических осложнениях можно условно разделить на механические, химические и хирургические. К механическим относятся активная и пассивная гимнастика в пред- и послеоперационном периоде, бинтование нижних конечностей, раннее вставание в послеоперационном периоде. Хирургические меры профилактики в основном сводятся к перевязке поверхностных вен нижних конечностей до операции как подготовительный этап. Химические меры профилактики и лечения тромбоэмболических осложнений заключаются в применении антикоагулянтов. Необходимо учитывать, что при приеме антикоагулянтов возможны осложнения в виде кровотечений из носоглотки, желудочно-кишечного тракта, гематурий. Салицилаты, хинин, ПАСК, алкоголь снижают свертываемость, а АКТГ, кортизон, антибиотики, рентгеновские лучи повышают ее.

В урологической клинике I ММИ за 10 лет (1954—1963) наблюдалось 30 тромбоэмболических осложнений. Возраст больных 36—70 лет, из них старше 50 лет—17 человек.

Тромбоэмболические осложнения возникали в послеоперационном периоде в срок 2—23 дня и более. В 2 случаях они наступили после внутривенного введения сергозина. У 6 больных тромбоэмболия возникла на 2—7-й, у 16 на 16—23-й день после операции.

Общий процент осложнений за 10 лет составляет после одномоментной и двухмоментной аденомэктомии, нефрэктомии, пиелолитотомии и цистостомии 2,5. Наибольший процент осложнений наблюдается после одномоментной аденомэктомии (8,9%), нефрэктомии (3,9%), цистостомии (3,9%) и двухмоментной аденомэктомии (2,9%).

Из 30 больных с тромбоэмболиями летальный исход наступил у 16, выздоровление у 14. У 16 умерших от тромбоэмболических осложнений протромбиновый индекс в предоперационном периоде колебался от 86 до 106%, время свертываемости от 8 до 12 минут. 5 больным, погибшим от тромбоэмболических осложнений, антикоагулянты назначались в поздние сроки в связи с поздней диагностикой заболевания.

Из выздоровевших 14 больных 12 получали антикоагулянты прямого и непрямого действия, причем к решению вопроса о дозе подходили строго индивидуально в зависимости от клинического проявления и течения тромбоэмболии. Четверо из 14 больных были с эмболией ветвей легочной артерии, диагноз поставлен своевременно, и незамедлительно начата терапия. Мы старались снизить протромбиновый индекс до 50—60%, время свертываемости до 20 минут.

Наши наблюдения показывают, что наибольший процент осложнений наблюдается на 8—15-й день после операций (53,3%), что дает повод считать целесообразным за 2—3 дня до этого периода назначать профилактическое лечение антикоагулянтами у больных старше 50 лет.

Из 30 больных 15 получали антикоагулянтное лечение, из которых 12 выздоровело, причем четверо с тромбоэмболией ветвей легочной артерии. 15 больных не получали антикоагулянтной терапии, и летальный исход наступил у 13, из них у 9 была тромбоэмболия легочной артерии. Начатое лечение антикоагулянтами в поздние сроки при тромбоэмболии эффекта не дает.

Полный текст статьи депонирован
в ВИНТИ

Регистрационный номер 2458—71

Деп. от 4 января 1971 г.

Поступило 10/4 1969 г.