

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

ЛЕБЕДЕВ Н.Н., ЗАДИКЯН А.М., ШИХМЕТОВ А.Н., ВАНДАНОВ Б.К.

ОКДЦ ПАО ГАЗПРОМ, Москва

shikhmetov@gmail.com

Несмотря на достигнутые успехи, венозные тромбозы остаются важнейшей медицинской и социальной проблемой по всему миру. Применение современных стационарзамещающих технологий позволило значительно расширить перечень и объем выполняемых оперативных вмешательств в амбулаторно-поликлинических условиях (в стационарах с кратковременным пребыванием). Актуальность эффективной профилактики послеоперационных венозных тромбозов и безопасной антикоагулянтной терапии в амбулаторно-поликлинических учреждениях существенно возросла.

Несмотря на реализацию протоколов профилактики ВТЭО, до 25% случаев ТГВ и ТЭЛА приходится на хирургические стационары, осложняя послеоперационный период.

Профилактика ВТЭО включает оценку степени риска до операции, определение показаний к проведению антикоагулянтной терапии и других методов профилактики, само проведение профилактики и оценку результатов. Для индивидуальной оценки риска развития ВТЭО у хирургических пациентов применяли шкалу Joseph Caprini (2005г) с учетом показателей плазменного звена гемостаза (теста тромбодинамики).

Ключевую роль в формировании тромба играет активация (гиперкоагуляция) свертывающей системы крови — основное патогенетическое звено реализации тромбозов.

Используемые в повседневной практике стандартные показатели коагулограммы (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген, МНО, протромбиновый индекс), по данным различных авторов, имеют невысокую чувствительность при диагностике гиперкоагуляционного состояния и используются для контроля степени гипокоагуляции.

Современным, наиболее информативным методом оценки системы гемостаза в целом является интегральный тест тромбодинамики. Данный метод позволяет определить текущее состояние системы гемостаза (гипокоагуляция, нормокоагуляция, гиперкоагуляция) у конкретного пациента, выявить пациентов с выраженными изменениями показателей гемостаза, провести мониторинг и оценку эффективности, проводимой антикоагулянтной терапии.

Цель исследования: определить значение показателей теста тромбодинамики в комплексной оценке риска ВТЭО при хирургических вмешательствах в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы. Проведен анализ показателей скрининговых и интегральных (тромбодинамика) тестов системы гемостаза у 35 пациентов (n=14 с доброкачественными образованиями придатков матки, n=12 с желчнокаменной болезнью, n=3 с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и n=6 с паховой грыжей) за период с февраля 2017 года по февраль 2018 года. Средний возраст больных колебался от 32 до 72 лет. У всех пациентов до операции выполнялось дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Риск развития ВТЭО определяли по шкале Joseph Caprini. У 32 пациентов риск был определен как умеренный (3–4 балла). Из них в 4-х случаях пациенты были переведены из низкого в умеренную группу риска на основании показателей тромбодинамики (умеренная гиперкоагуляция). Больных с тяжелой сопутствующей патологией не было. Объем операции — холецистэктомия, цистэктомия, диафрагмокурорафия с фундопликацией по Ниссену и герниопластика. Все операции выполнены с использованием лапароскопической техники. Карбоксиперитонеум на уровне 12 мм. вод. ст. Длительность операции в среднем составила 1 час 30 мин.

Комплексную профилактику ВТЭО проводили в соответствии с «Российскими клиническими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений». Все пациенты получали профилактическую антикоагулянтную терапию НМГ (фраксипарин, клексан) за 12 часов или таблетированными прямыми антикоагулянтами (Эликвис) за 24 часа до операции. В послеоперационном периоде антикоагулянтную терапию начинали проводить не ранее чем через 6 часов после операции, при устойчивом гемостазе. Продолжительность антикоагулянтной терапии в среднем составляла до 7 суток при нормальных показателях состояния системы гемостаза.

Оценивали показатели скрининговых и интегральных тестов плазменного гемостаза в динамике — до операции, на 1-е и 5-е сутки после оперативного вмешательства.

Все стандартные тесты оценки системы гемостаза не показали статистической значимой взаимосвязи друг с другом ($P < 0,05$). Все скрининговые показатели плазменного звена гемостаза до операции, на первые и пятые сутки после операции были в пределах допустимых значений и не коррелировали с параметрами теста тромбодинамики.

При анализе показателей теста тромбодинамики до операции установлено, что у 6 пациентов (22%) выявлена умеренная гиперкоагуляция за счет увеличения скорости роста сгустка (V мкм/мин) до $31,2 \pm 0,4$ (при норме $20,0 - 29,0$) и начальной скорости роста сгустка V_i мкм/мин) до $59,4 \pm 0,6$ (при норме $38,0 - 56,0$).

На первые сутки после операции на фоне антикоагулянтной терапии по данным теста тромбодинамики у 10 пациентов (38%) выявлена незначительная и умеренная гиперкоагуляция за счет увеличения скорости роста сгустка (V мкм/мин) до $35,0 \pm 0,8$ (при норме $20,0 - 29,0$), начальной скорости роста сгустка V_i мкм/мин) до $59,8 \pm 0,6$ (при норме $38,0 - 56,0$) и стационарной скорости (V_{st} мкм/мин) до $31,9$ (при норме $20,0 - 29,0$).

Все пациенты на вторые сутки были выписаны на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

На пятые сутки амбулаторного обследования гиперкоагуляция сохранялась только у трех пациентов. У двух из них незначительная гиперкоагуляция за счет увеличения скорости роста сгустка (V мкм/мин) до $30,4 \pm 0,2$ (при норме $20,0 - 29,0$). У одной пациентки на фоне антикоагулянтной терапии Эликвисом 2,5 мг 2 раза в сутки имело место усиление гиперкоагуляции за счет увеличения скорости роста сгустка (V мкм/мин) до 35,8 (при норме $20,0 - 29,0$), начальной скорости роста сгустка V_i мкм/мин) до 61 (при норме $38,0 - 56,0$) и появление спонтанных очагов тромбообразования (Tsp). Показатели коагулограммы (ПВ, МНО, АЧТВ, ТВ, фибриноген) оставались без динамики по сравнению с данными до и на первые сутки после операции. Проводимая антикоагулянтная терапия Эликвисом была расценена как неэффективная, осуществлен перевод на НМГ (фраксипарин). При контрольном исследовании на 7-е сутки наблюдалась положительная динамика (снижение скорости роста сгустка, отсутствие спонтанных очагов тромбообразования).

Заключение: сравнительный анализ показателей скрининговых (стандартная коагулограмма) и интегральных (тромбодинамика) тестов оценки системы плазменного звена гемостаза подтверждает высокую чувствительность показателей тромбодинамики при оценке состояния системы гемостаза на всех этапах профилактики ВТЭО. Показатели тромбодинамики должны быть учтены при определении степени риска ВТЭ при хирургических вмешательствах в амбулаторно-поликлинических условиях.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ: МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

МАГОМАДОВ Р.Х., ХАЧМАМУК Ф.К.

ГКБ №13, Москва

rmagomadov@mail.ru

Внедрение любой новой технологии в оказании медицинской помощи основывается на степени ее медицинской и экономической эффективности. Около 80% финансовых средств, выделяемых на здравоохранение, расходуется на стационарную помощь. В то же время от 20 до 50% больных, проходивших лечение в круглосуточных стационарах хирургического профиля, могли бы получать такую же эффективную, но значительно менее дорогостоящую помощь в условиях стационаров кратковременного пребывания (СКП).

Медицинская эффективность представляет собой систему достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики, лечения, реабилитации наиболее рациональным путем и с комфортом для больного. Медицинская эффективность стационаров кратковременного пребывания определяется следующими факторами: сохранением для пациента привычного уровня качества жизни в ближайшем послеоперационном периоде; прогнозируемыми результатами и доступностью в системе ОМС; снижением послеоперационных осложнений;

сокращением сроков нетрудоспособности; ускорением темпов медико-социальной реабилитации.

Специально созданная регистратура СКП позволяет вывести плановых больных из общего потока госпитализируемых в круглосуточный стационар пациентов. Это снижает стресс, возникающий у каждого больного вследствие изнурительного процесса очередности в оформлении документов и пребывания среди большого потока страдающих больных. После оперативного лечения больной при восстановлении всех жизненно важных функций может быть отпущен домой в окружение родных и близких, которые создают вокруг больного комфортную обстановку. Феномен эгротогнии – неблагоприятное влияние больных друг на друга – в условиях СКП отсутствует.

Низкий процент гнойных осложнений в послеоперационном периоде в стационаре кратковременного пребывания достигается отсутствием больных с экстренной патологией, коротким сроком пребывания больного в стационаре и, вследствие этого, отсутствием внутрибольничной инфекции. По данным В.С. Савельева, пребывание на койке больного до операции в течение 2–4 дней в 2 раза увеличивает риск послеоперационных инфекционных осложнений, а в течение 14 и более дней – в 4 раза. Отсутствие осложнений после плановых операций способствует более ранней реабилитации больного, сокращению времени нетрудоспособности.

Организация работы и эффективность деятельности стационаров кратковременного пребывания, прежде всего экономическая, рассматривается через призму трех понятий: интенсификация использования имеющихся ресурсов, повышение доступности хирургической медицинской помощи, повышение качества специализированной хирургической помощи.

Экономический эффект работы стационара кратковременного пребывания заключается в прямой и косвенной экономии бюджетных средств. Прямая экономия: повышение оборота койки стационара кратковременного пребывания (в среднем на койке СКП в день получает лечение 2–3 пациента, а не 1, как в круглосуточном стационаре); отсутствие расходов на питание больных; отсутствие необходимости оплаты труда медицинских работников, работающих в ночное время суток; значительное сокращение расходов на коммунальные услуги и эксплуатацию инфраструктуры клинических подразделений (работа СКП длится 12 часов в сутки вместо 24 часов в стационарах). Косвенная экономия: дорогостоящие койки госпитальных стационаров высвобождаются для лечения более тяжелых больных; сокращаются сроки ожидания госпитализации на выполнение плановых операций в стационаре; принцип превентивности лечения в СКП способствует оказанию помощи на более ранних стадиях заболевания, что предотвращает развитие более тяжелых форм заболеваний и их осложнений (санация хирургических заболеваний).

Таким образом, внедрение стационаров кратковременного пребывания для оказания специализированной хирургической помощи показало его медицинскую и экономическую эффективность.