

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ Г. КУРСКА

© Лазаренко В.А., Хруслов М.В., Жабин С.Н., Колобаева Е.В., Егорчева Ю.С.

Кафедра хирургических болезней № 1, кафедра хирургических болезней ФПО
Курского государственного медицинского университета, Курск

E-mail: kolobok-nav@mail.ru

Цель исследования оценить частоту тромбоэмболических осложнений у стационарных больных БМУ «Курская областная клиническая больница» и МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Курска за период 2007-2011 годы. Изучено 1139 протоколов вскрытий больных, умерших в БМУ КОКБ и 3040 протоколов вскрытий больных, умерших в МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Курска (МУЗ КБСМП) за период 2007-2011 годы. Анализ проводился по следующим показателям: количество случаев на 100 вскрытий с выделением отдельной группы массивной ТЭЛА и летальности в первые сутки от момента госпитализации. Установлено, что в БМУ КОКБ отмечается статистически значимое снижение с 2009 г. по 2011 г. изучаемых показателей. Возможно, это обусловлено эффективностью внутреннего протокола по тромбопрофилактике, введенного в 2010 г. В МУЗ КБСМП сохраняется тенденция к росту. Причина роста требует дополнительного анализа.

Ключевые слова: тромбоз легочной артерии, тромбоз глубоких вен, внутренний протокол.

A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF THROMBOEMBOLITIC COMPLICATIONS IN PATIENTS OF KURSK HOSPITALS

Lazarenko V.A., Khruslov M.V., Zhabin S.N., Kolobaeva E.V., Egorcheva Yu.S.

Department of Surgical Diseases N 1, Department of Surgery of FPE
of Kursk State Medical University, Kursk

The main purpose of our study is to estimate the frequency of thromboembolic complications in hospitalized patients of the Regional Clinical Hospital of Kursk Region and Municipal Healthcare Agency "Clinical Emergency Hospital" of Kursk within the period from 2007 to 2011. We analyzed 1139 autopsy protocols of patients who had died in the Regional Clinical Hospital of Kursk Region and 3040 autopsy protocols of patients who had died in the Clinical Emergency Hospital of Kursk within the period from 2007 to 2011. The analysis was carried out according to the following parameters: the number of cases per 100 autopsies and separation of a specific group of massive pulmonary embolism and mortality on the first day of hospitalization. It was found out that there had been a statistically significant decrease in the analyzed parameters from 2007 to 2011 in the Clinical Regional Hospital of Kursk Region. Probably this was a result of the internal protocol of thromboprophylaxis introduced in 2010. In the Clinical Emergency Hospital these parameters still tend to increase. The reason of the increase requires the additional analysis.

Keywords: pulmonary embolism, deep vein thrombosis, internal protocol.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) по праву считается одним из тяжелейших и катастрофически протекающих острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся высокой летальностью [1, 2].

Ежегодная заболеваемость ТЭЛА составляет 60—70 случаев на 100 000 населения. Частота летальности составляет в среднем 20%. Прижизненная диагностика даже массивной ТЭЛА не превышает 60% [10].

Большая часть случаев венозного тромбоза (ВТЭ) отмечается вне пределов лечебных учреждений, однако вероятность развития ТЭЛА многократно увеличивается у тех, кого госпитализировали по поводу острого заболевания [9]. С ТЭЛА связано 5—10% всех смертей в стационаре, что позволяет считать венозный тромбоз (ВТЭ) ведущей причиной смерти госпитальных больных, которую возможно предотвратить [4].

За последние годы в мире накоплен огромный опыт по проведению специфической профилактики тромбоза глубоких вен (ТГВ) и ТЭЛА, выполнены многочисленные исследования, в ходе которых было показано, что при умеренном и высоком рисках развития ТГВ назначение антикоагулянтов значительно снижает вероятность развития тромбоэмболических осложнений [5, 6].

Однако согласно исследованию ENDORSE уровень профилактики ТГВ и ТЭЛА в России находится значительно ниже европейских стран [7].

Таким образом, проблема адекватной тромбопрофилактики у стационарных больных остается актуальной и сегодня.

На сегодняшний день существует ряд регламентирующих документов по тромбопрофилактике. В настоящее время, оптимальным признается подход, когда лечебное учреждение разраба-

тывает свой внутренний протокол по тромбопрофилактике, исходя из своей специфики [8]. На территории Курской области первым лечебным учреждением, которое разработало и с 2010 г. внедрило в лечебный процесс свой внутренний протокол по тромбопрофилактике, стала БМУ КОКБ [3]. В 2011 на базе этого внутреннего протокола комитетом здравоохранения Курской области был разработан и подписан к исполнению Приказ № 79 от 14 марта 2011 года «О профилактике венозных тромбоэмболических осложнений».

Цель работы: оценка частоты тромбоэмболических осложнений у стационарных больных БМУ «Курская областная клиническая больница» и МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Курска за период 2007-2011 годы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Был проведен ретроспективный анализ 1139 протоколов вскрытий больных, умерших в БМУ КОКБ за период 2007-2011 годы, и 3040 протоколов вскрытий больных, умерших в МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Курска (МУЗ КБСМП) за тот же период времени. Учитывая, что российские рекомендации выпущены в 2010 г.; сравнительной точкой для оценки достоверности был принят 2009 год. Анализ проводился по следующим показателям: ко-

личество случаев на 100 вскрытий с выделением отдельной группы массивной ТЭЛА и летальности в первые сутки от момента госпитализации. Для расчетов использовалась программа Statistica 6,0. На основе этого составлены таблицы и диаграммы с помощью программ Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя динамику случаев тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов БМУ КОКБ и МУЗ КБСМП с 2007 по 2011 год, можно наблюдать определенную зависимость (рис. 1).

На рис. 1 рассматривается два показателя. Первым является общее количество случаев ТЭЛА на 100 смертей. В БМУ КОКБ имеет место статистически достоверное снижение смертей от ТЭЛА с 11,3 до 9,9 случаев (с 2009 по 2011 годы). Второй показатель - это количество случаев ТЭЛА без учета летальности в первые сутки от момента госпитализации. В этих условиях профилактика тромбоза глубоких вен и ТЭЛА осуществляется в полном объеме и не учитывается летальность поступивших пациентов в тяжелом клиническом состоянии. Данный показатель достоверно снижается с 9,4 до 7,43 случаев на 100 смертей по отношению к 2009 году. В МУЗ КБСМП с 2009 г. сохраняется достоверный рост показателей по обоим критериям.

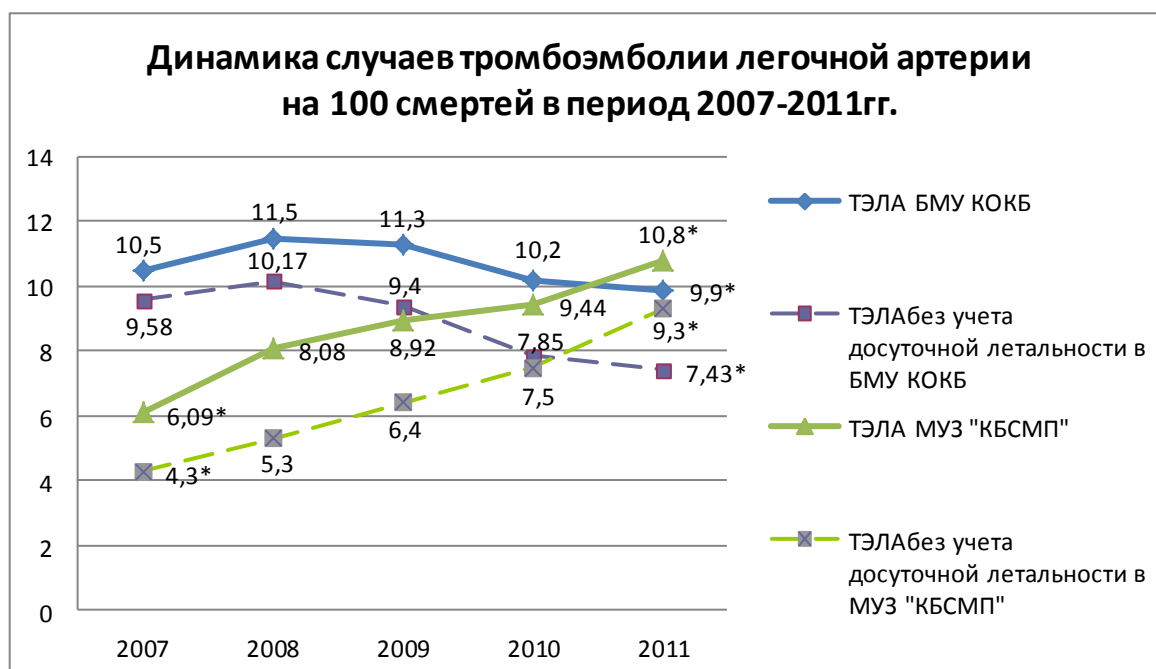


Рис. 1. Динамика случаев тромбоэмболии легочной артерии на 100 смертей в период с 2007 по 2011 гг. в БМУ КОКБ и МУЗ КБСМП.

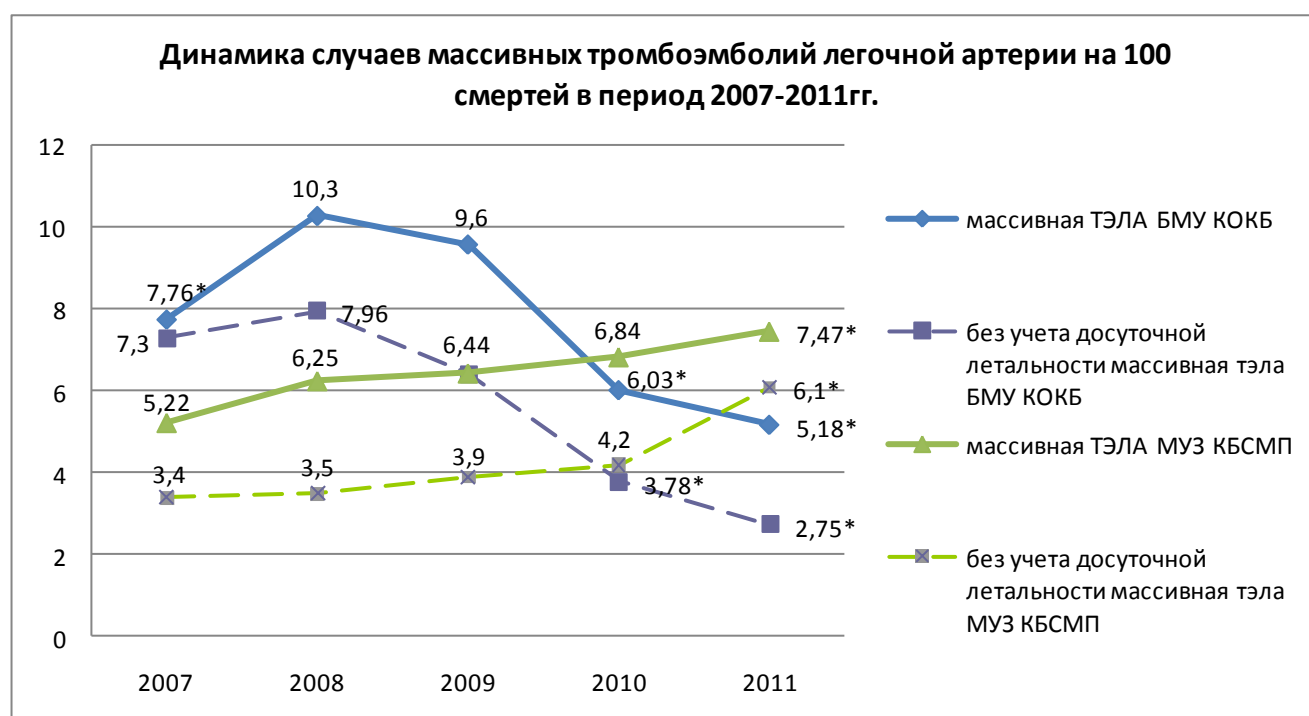


Рис. 2. Динамика случаев массивных тромбоэмболий легочной артерии на 100 смертей в периоды с 2007 по 2011 гг.

Примечание: * ($p < 0,05$) достоверно по сравнению с 2009 годом.

На рис. 2 видно, что к 2011 году количество массивных тромбоэмболий в БМУ КОКБ составило 5,18 случаев на 100 смертей. А исключая летальность в первые сутки от момента госпитализации, - достоверно снижается в 2,34 раза. По МУЗ КБСМП с 2009 года сохраняется достоверный рост до 7,41 случая на 100 смертей, а при исключении летальности в первые сутки от момента госпитализации показатель в 1,5 раза выше по сравнению с 2009.

Проанализировав полученные данные, можно сделать вывод, что БМУ КОКБ отмечается статистически значимое снижение с 2009г. по 2011г., как по показателям количество массивных тромбоэмболий с учетом, так и без учета смертности больных от ТЭЛА в первые сутки от момента госпитализации. Возможно, снижение летальности от ТЭЛА в БМУ КОКБ обусловлено эффективностью внутреннего протокола по тромбопрофилактике, введенного в 2010 г.

В МУЗ КБСМП сохраняется тенденция к росту, по показателям количества массивных тромбоэмболий как с учетом, так и без учета смертности больных от ТЭЛА в первые сутки от момента госпитализации. Причина роста требует дополнительного анализа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокарев И.Н., Попова Л.В. Венозный тромбоэмболизм и тромбоэмболия легочной артерии. – М.:

Медицинское информационное агентство, 2005. – 208 с.

2. Воробьева Н.А., Пономарева И.А. Венозный тромбоэмболизм – мифы и реальность // Трудный пациент. – 2009. – № 6-7. – С. 34-35.
3. Кожухов М.А., Лазаренко В.А., Троянов В.Г., Прибылов С.А., Еськов В.П., Хруслов М.В. Клинические рекомендации по профилактике венозных тромбоэмболий (внутренний протокол). – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Россздрави, 2010. – 20 с.
4. Alikhan R. et al. Risk factors for venous thromboembolism in hospitalized patients with acute medical illness: analysis of the MEDENOX Study // Arch Intern Med. – 2004. – Vol. 164. – P. 963-968.
5. Bauer MD, Kenneth, Gregory YH Lip MD. Evaluation of the patient with established venous thrombosis // UpToDate. – 2009. n. pag. Web. 16 Sep. 2009.
6. Dentali F. et al. Meta-analysis: Anticoagulant Prophylaxis to Prevent Symptomatic Venous Thromboembolism in Hospitalized Medical Patients // Ann Intern Med. – 2007. – N 146. – P. 278-288.
7. Cohen et al. // Lancet. – 2008. – N 371. – P. 387-94.
8. The Eighth ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy // Chest. – 2008. – N133. – P. 381S-453S.
9. Edelsberg J. Risk of Venous Thromboembolism Among Hospitalized Medically Ill Patients // American Journal of Health-System Pharmacy. – 2006. – Vol. 63, N 20. – P. 16-22.
10. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J. – 2008. – N 18. – P. 2276-315.