

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН

В. А. Прасол, Е. В. Мишенина, Д. В. Оклей

Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков

TACTICS OF THE PATIENTS MANAGEMENT IN CONTINUING ACUTE THROMBOSIS OF DEEP VEINS

V. A. Prasol, E. V. Mishenina, D. V. Okley

Острый тромбоз в системе НПВ является опасным для жизни заболеванием, которое широко распространено в странах с развитой экономикой. Так, в Германии венозный тромбоз в системе НПВ ежегодно регистрируют у 1 на 1000 жителей [1, 2].

Ежегодно ТГВ диагностируют у 4,5 — 9,5 на 10 000 жителей стран Западной Европы [3]. В США ТГВ ежегодно прижизненно выявляют почти у 2,5 млн. пациентов. У 650 000 — 700 000 больных ТГВ сочетается с ТЭЛА, что составляет 26 — 28% [4]. Во Франции ежегодно регистрируют от 13 000 до 56 000 больных с впервые выявленным ТГВ с реальной угрозой возникновения ТЭЛА [5 — 7].

Распространенный ТГВ нижних конечностей и таза в долгосрочной перспективе обуславливает формирование посттромбофлебитической болезни, проявляющейся ХВН, вплоть до образования трофических язв, что существенно ограничивает трудоспособность и ухудшает качество жизни пациентов. По данным литературы, у 20% больных, умерших от ТЭЛА, выявляли клинические признаки ТГВ, лишь у 10% больных нефатальный венозный тромбоз мог быть диагностирован при жизни [2]. ТГВ нижних конечностей и таза считают основной причиной ТЭЛА, которая возникает у 40 — 66% больных — после хирургических операций и у 22 — 26% — терапевтического профиля [8]. ТЭЛА выявляют приблизительно у 0,15 — 0,20% населения, из них 10% — ежегодно умирают от этого осложнения [9].

Реферат

Обобщен опыт применения активной тактики лечения 18 пациентов по поводу острого тромбоза в системе нижней полой вены (НПВ). Оценены возможности и доказана эффективность активной хирургической тактики при продолжающемся тромбозе глубоких вен (ТГВ) на ранней стадии. Активная тактика с применением катетер—управляемого тромболитика (КУТ) позволяет избежать возникновения тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и уменьшить тяжесть хронической венозной недостаточности (ХВН) в последующем.

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен; тромбоэмболия легочной артерии; катетер—управляемый тромболитик; антикоагулянтная терапия.

Abstract

Experience of active tactics of treatment application in 18 patients, suffering an acute thrombosis in system of lower vena cava, is presented. Possibilities were estimated and efficacy of active surgical tactics proved in continuing deep vein thrombosis on early stage were estimated. Active tactics, using catheter—governed thrombolysis, permits to escape pulmonary thromboembolism and to reduce a severity of further chronic venous insufficiency.

Key words: deep veins thrombosis; pulmonary thromboembolism; catheter—governed thrombolysis; anticoagulant therapy.

Цель исследования: оценить возможности и доказать эффективность применения хирургической тактики при продолжающемся ТГВ на ранней стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 18 пациентов трудоспособного возраста по поводу острого ТГВ нижних конечностей, переведенных из общехирургических стационаров Харькова в отделение острых заболеваний сосудов в период с 2011 по 2013 г.

Всем пациентам проведено цветное дуплексное флебосканирование (ЦДФС), в связи с ухудшением состояния (увеличение и распространение отека на бедро, прогрессирование боли в нижней конечности, увеличение ее объема) они направлены в клинику.

Всем пациентам проведено комплексное обследование с применением клинично—лабораторных и инструментальных методов, в том числе ультразвуковой и рентгеноконтрастной флебографии. Ультразвуковое исследование в объеме доплерографии и ЦДФС выполнено на аппарате "Sonoline G—50" (Siemens, Германия) с использованием линейного датчика с частотой 7,5 МГц. Рентгеноконтрастная флебография осуществлена на ангиографическом аппарате "Integris Alura" (Philips, Нидерланды). При повторном ЦДФС в сосудистом отделении наблюдали прогрессирование ТГВ.

Поскольку прогрессирование ТГВ возникло в сроки от 5 до 10 сут лечения в других стационарах и при отсутствии противопоказаний, мы считали целесообразным проведение тромболитической терапии (ТЛТ), в сложившейся ситуации

стремились сохранить клапанный аппарат для уменьшения тяжести ХВН в последующем. С этой целью катетер вводили в тромботические массы, наружную часть катетера фиксировали лейкопластырем к коже и осуществляли постоянную инфузию тромболитических препаратов. Катетер для КУТ устанавливали с использованием ретроградного доступа путем пункции яремной вены. Применяли препараты актилизе (5 мг болюсно, затем в виде инфузии со скоростью 1 мг/ч) или стрептокиназу (250 000 ед/ч болюсно, затем в виде инфузии со скоростью 100 000 ед/ч). Общий объем актилизе от 25 до 75 мг, стрептокиназы — от 1,5 до 3,0 млн. ед. Эффективность КУТ оценивали ежедневно с помощью ретгеноконтрастной флебографии и, по мере растворения тромботических масс, корригировали позицию катетера. Селективную инфузию тромболитических препаратов осуществляли в течение 1 — 3 сут, до восстановления проходимости пораженных венозных сегментов по данным ангиографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Тромбоз магистральных вен нижних конечностей, как правило, восходящий, начинается в венах икроножных мышц и берцовых венах голени, из которых удаление тромбов невозможно. Поэтому мы отдавали предпочтение ТЛТ, а именно применению КУТ путем пункции яремной вены и введению актилизе или стрептокиназы, что позволило начать тромболитический процесс со свежих тромботических масс. При использовании антеградного доступа (через заднюю большеберцовую или подколенную вену) катетер вначале был бы установлен в старые тромботические массы, в участки, где клапаны уже разрушены, и при реканализации дистальных отделов венозного русла возникла бы деструкция проксимально расположенных клапанов.

У 2 больных после проведения КУТ возникли незначительно выраженные геморрагические осложнения (гематома в месте установления

катетера и проведения внутримышечных инъекций), что не повлияло на показатели гемодинамики и не потребовало проведения гемотранфузии; у 1 пациента после оперативного вмешательства рана зажила вторичным натяжением. ТЭЛА не было.

Всем пациентам проведена антикоагулянтная терапия, в схему лечения включены также противовоспалительные, венотонизирующие, дезагрегантные препараты, а также применение эластичных бинтов и компрессионного трикотажа (чулки, гольфы), что обеспечивало максимальное давление на уровне лодыжек с постепенным его снижением в проксимальном направлении.

Оптимальным методом применения нефракционированного гепарина (НФГ) считаем непрерывную внутривенную инфузию. Для достижения максимально быстрого антикоагулянтного эффекта вначале вводим 5000 ЕД гепарина в виде болюса, остальную часть суточной дозы — капельно с помощью инфузомата. Дозу НФГ подбирали индивидуально, на основании определения международного нормализованного отношения (МНО) и тромбинового времени (АЧТВ). Оптимально увеличение показателей в 1,5 — 2,5 раза по сравнению с таковыми в норме.

В первые сутки терапии анализ крови проводили непосредственно перед каждой инъекцией. При достижении терапевтического уровня показатели гемостаза определяли ежедневно. Введение НФГ прекращали при величине МНО в пределах терапевтических границ (от 2 до 3), по крайней мере, в течение 2 сут. Особенности применения обусловлены ограничением двигательной активности пациента, что чревато венозным застоєм и тромбообразованием.

Применяли также низкомолекулярные гепарины (НМГ), в частности, фраксипарин по 0,3 мл за 2 — 4 ч до операции и в течение 7 сут после нее или клексан по 1 мг/кг подкожно 2 раза в сутки с последующим применением варфарина под контролем МНО. Некоторым пациен-

там назначали ривароксабан (ксарелто) по 15 мг 2 раза в сутки в течение 3 нед, затем по 20 мг в сутки длительно.

Основными достоинствами НМГ по сравнению с НФГ является меньшая частота геморрагических осложнений, крайне редкое возникновение тромбоцитопении, более продолжительное действие, отсутствие необходимости частого лабораторного контроля, поскольку при применении НМГ в умеренных дозах параметры свертывания крови изменяются мало. Кроме того, применение НМГ гораздо удобнее: 2 раза в сутки при лечебном режиме, что способствует ранней активизации больных.

Для предотвращения послеоперационного ТГВ осуществляли раннюю активизацию пациентов, эластическую компрессию нижних конечностей.

Результаты хирургического лечения хорошие (полное клиническое выздоровление) у всех пациентов. После выписки они находились под наблюдением от 1 до 6 мес. В это время им проводили периодический осмотр и контрольную ультразвуковую флебографию. В целом ближайшие результаты лечения, по данным клинического исследования и ультразвуковой флебографии, полностью коррелировали с эффективностью лечения в остром периоде заболевания.

При анализе причин прогрессирования острого ТГВ нижних конечностей установлено, что:

- у 5 пациентов применяли фракционное введение НФГ (до их перевода в сосудистое отделение);

- у 3 больных НМГ применяли в дозах, не соответствующих терапевтическим;

- у 2 больных осуществляли постоянную инфузию НФГ без контроля АЧТВ;

- двум пациентам назначен строгий постельный режим;

- одному пациенту назначены непрямые антикоагулянты без предшествовавшего применения прямых.

У 5 больных причины возникновения острого ТГВ не установлены.

ВЫВОДЫ

1. Активная тактика в виде применения КУТ оправдана при прогрессирующем течении ТГВ на ранней стадии (до 10 сут с момента тромбоза), что позволило предотвратить возникновение ТЭЛА и уменьшить тяжесть ХВН в последующем.

2. НФГ следует применять в виде непрерывной постоянной инфузии под контролем АЧТВ, которое должно увеличиться в 1,5 — 2 раза по сравнению с исходным.

3. Недопустимо применение НМГ в дозах, меньших, чем терапевтические.

4. Прямые антикоагулянты следует вводить до перевода на непрямые в течение не менее 5 сут, либо назначать одновременно.

5. Прямые антикоагулянты отменяют при достижении МНО более 2,0.

ЛИТЕРАТУРА

1. Classen M. Rationelle Diagnostik und Therapie in der Inneren Medizin / M. Classen, R. Dierkesmann, H. Heimpel. — Muenchen; Vena: Urban & Fischer, 2003. — 291 s.
2. Prevention of venous thromboembolism. European Consensus Statement / A. N. Nicolaidis, J. Arcelus, G. Belcaro [et al.] // *Int. Angiol.* — 1992. — Vol. 11, N 3. — P. 151 — 159.
3. Eriksson B. The PENTasaccharide in Hip FRActure Surgery Plus (PENTIFRA Plus) Investigators. Duration of prophylaxis against venous thromboembolism with fondaparinux after hip fracture surgery: a multicenter, randomized, placebo—controlled double—blind study / B. Eriksson, M. Lassen // *Arch. Med. Intern.* — 2003. — Vol. 163. — P. 1337 — 1342.
4. Prevention of Venous Thromboembolism. American College of Chest Physicians Evidence—Based Clinical Practice Guidelines (8th ed.) / W. H. Geerts, D. Bergqvist, G. F. Pineo [et al.] // *Chest.* — 2008. — Vol. 133. — P. 381 — 453.
5. Defining the role of extended safenofemoral junction ligation: a prospective comparative study / J. G. Chandler, O. Pichot, C. Sessa [et al.] // *J. Vasc. Surg.* — 2000. — Vol. 32, N 5. — P. 941 — 953.
6. Oger E. Incidence of venous thromboembolism: a community—based study in Western France: EPI—GETBO Study Group: Groupe d'Etude de la Thrombose de Bretagne Occidentale / E. Oger // *Thromb. Haemost.* — 2000. — Vol. 83. — P. 657 — 660.
7. Progression of superficial venous thrombosis to deep vein thrombosis / O. L. Chengelis, P. J. Bendick, J. L. Glover [et al.] // *J. Vasc. Surg.* — 1996. — Vol. 24. — P. 745 — 749.
8. Савельев В. С. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев, В. А. Гологорский, А. И. Кириенко. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
9. Український національний консенсус. Артеріальні, венозні тромбози та тромбоемболії. Профілактика та лікування: наук. видання — К.: ЗАТ "Віпол", 2006. — 72 с.

