

ЗМІНИ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ КОАГУЛОГРАМИ В ХВОРИХ НА ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

*Шевчук А. Г., Клим'юк В. М., Дмитрук О. М.
Івано-Франківський національний медичний університет*

Проведене вивчення антитромбіну III, протеїну С та рівня РФМК у 50 пацієнтів на проксимальний та дистальний тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. У 86,0% тромбоз глибоких вен розцінювали як індукований, він виник після оперативних втручань на органах черевної порожнини, після ортопедичних операцій та після урологічних оперативних втручань в терміни до трьох місяців після інвазії. У 14,0% тромбоз розцінювали як неіндукований. Рівень антитромбіну III у 86,0% випадків перевищував верхню межу норми на час поступлення, однак на фоні розпочатої антикоагулянтної терапії знижувався вже з другої доби лікування. Рівень протеїну С впродовж перших трьох діб лікування недостовірно відрізнявся від показників норми. Вміст розчинних фібрин-мономерних комплексів перевищував норму у 92% хворих і на 10 добу лікування нормалізувався у 95,7% випадків.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен, коагулограма, лікування.

Тромбоз глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок і, пов'язана з ним тромбоемболія легеневої артерії залишаються важливою медичною проблемою. Частота виникнення цієї патології в країнах Європи становить близько 150 випадків щороку на 100 тис. мешканців [1, 2]. Найбільш часто ТГВ нижніх кінцівок є індукованою патологією, пов'язаною з оперативними втручаннями різного профілю. Профілактика післяопераційного проксимального та дистального ТГВ на даний час доволі успішно забезпечується застосуванням низькомолекулярних гепаринів у післяопераційному періоді [2, 3]. Поряд з цим, навіть на фоні застосування антикоагулянтної профілактики індукований ТГВ виникає у 8–10% прооперованих хворих. Це вказує на те, що існує категорія пацієнтів, у яких загальноприйняте дозування низькомолекулярних гепаринів не дозволяє досягнути адекватного попередження розвитку тромбоемболічних ускладнень.

Формування тромба може розпочатися в будь-якій ділянці глибокої венозної системи, але найчастіше воно починається в глибоких венах гомілки, перебігає безсимптомно і діагностується з розвитком ТЕЛА, або при поширенні тромбозу вище підколінної вени. Загальноприйнятими методами виявлення ТГВ, на даний час є індекс Wells, типова симптоматика, визначення рівня D-димера в крові, ультразвукове компресійне дуплексне ангіосканування, рентгеноконтрастна ретроградна флебографія, контрастна компютерна томографія судин нижніх кінцівок [3, 4, 5]. Незважаючи на достатню кількість досліджень, присвячених змінам коагулограми у хворих на ТГВ, вони не набули широкого застосування у практичній охороні здоров'я. Це пов'язано з тим, що розлади згортальної системи крові можуть

змінюватись при багатьох станах: пухлинах, запальних реакціях, інфекціях, під час вагітності, у людей похилого віку та ін. Однак, зважаючи на патогенез тромбоутворення у вені, в діагностиці ТГВ можна виділити найбільш важливі показники коагулограми, які слід оцінювати у динаміці лікування цієї патології. До них можна віднести протеїн С, антитромбін III, рівень розчинних фібринмономерних комплексів (РФМК), фактор Віллебранда, ступінь, час та швидкість агрегації тромбоцитів [6].

Виходячи із викладеного, метою нашої роботи була оцінка деяких показників коагулограми у динаміці лікування хворих на тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок.

Матеріали і методи

Нами проведено вивчення антитромбіну III, протеїну С, рівня РФМК у 50 пацієнтів на проксимальний та дистальний ТГВ нижніх кінцівок. У 43 хворих (86,0%), ТГВ розцінювали як індукований, він виник після оперативних втручань на органах черевної порожнини у 58,1% випадків, після ортопедичних операцій у 34,9% випадків та після урологічних оперативних втручань у 7% випадків в терміни до трьох місяців після інвазії. У 7 хворих (14,0%), тромбоз розцінювали як неіндукований. Всі пацієнти були проліковані консервативно. Лікування включало в себе застосування нефракціонованого або низькомолекулярного гепарину у прийнятих дозах впродовж 5–7 днів з наступним призначенням інгібіторів вітаміну К, венотоніків, гемодинамічних середників, компресійної та механотерапії.

Протеїн С, антитромбін III та рівень РФМК визначали за допомогою наборів реагентів НВО

«РЕНАМ», показники агрегатограми оцінювали за допомогою агрегатометра AP 2110 «СОЛАР».

Результати та їхнє обговорення

Вивчення показників системи гемостазу у динаміці лікування пацієнтів дозволило виявити ряд змін, які були зумовлені як застосуванням гепаринів різної молекулярної маси, так і непрямих антикоагулянтів. При оцінці активованого часткового тромбoplastинового часу і тромбінового часу, нами не було виявлено їхнього відхилення від меж норми. Недостовірне подовження цих показників було зумовлене виключно прийомом гепарину.

Рівень антитромбіну III у 43 хворих (86,0%) знаходився в межах вище 120% у першу добу лікування в стаціонарі (рис. 1). На фоні розпочатої антикоагулянтної терапії, його вміст знижувався до $86,14 \pm 26,73\%$ вже на другу добу лікування. Впродовж всього терміну перебування хворого у стаціонарі, він не перевищував верхньої межі норми і на десятю добу, на фоні прийому непрямих антикоагулянтів, знаходився у межах $81,20 \pm 7,65\%$. Це було достовірно нижчим у порівнянні із показниками до початку лікування. У динаміці лікування у 18 пацієнтів (36,0%) спостерігали зниження антитромбіну III нижче 80% на другу, третю та десятю доби. У 12 випадках (66,7%), ці хворі отримували нефракційований гепарин тричі в добу підшкірно, у 6 (33,3%) – низькомолекулярний гепарин одноразово у добу. Збільшення концентрації антитромбіну III на фоні терапії, що проводилась, ми не відмічали.

Рівень протеїну С впродовж перших трьох діб лікування достовірно відрізнявся від показників норми (рис. 1). Тільки на десятю добу перебування хворого у стаціонарі його вміст знаходився в межах від 0,43 до $0,67 (0,55 \pm 0,20)$, що було достовірно нижчим за показники норми ($1,01 \pm 0,12$).

Серед обстежених хворих, у 46 (92,0%) у першу добу лікування рівень РФМК перевищував 4,0 мг/100 мл. У інших чотирьох пацієнтів цей показник знаходився у межах норми. У двох з них (з індукованим тромбозом вен литки) ми пояснювали це проведенням антикоагулянтної профілактики в післяопераційному періоді. Ще двоє хворих були госпіталізовані у стаціонар через 14 і 26 днів після появи перших ознак ТГВ.

Факт виявлення підвищеного вмісту РФМК в плазмі крові є свідченням активації внутрішньосудинної коагуляції, аж до розвитку ДВЗ-синдрому. Оскільки цей показник є пов'язаний із процесом тромбоутворення, то нормалізацію його рівня можна розцінювати як початок організації тромбу у просвіті вени та зниження ризику міграції тромбу з системи вен нижніх кінцівок у легеневі артерії. Серед 46 пацієнтів у яких був підвищений рівень РФМК, у 44 (95,7%) на десятю добу лікування він становив менше 4,0 мг/100 мл, що дозволяло нам рекомендувати цим хворим подальше лікування у амбулаторних умовах. У двох пацієнтів РФМК залишалось підвищеним навіть під час огляду їх на 30 добу: у одного з них в подальшому виник рецидив ТГВ.

Висновки

1. Рівень антитромбіну III у 86,0% випадків ТГВ перевищує верхню межу норми на час поступлення, однак на фоні розпочатої антикоагулянтної терапії знижується вже з другої доби лікування.
2. Рівень РФМК перевищує 4,0 мг/100 мл у 92% хворих, може бути маркером припинення процесу тромбоутворення і на 10 добу лікування нормалізується у 95,7% випадків.
3. Перспективним у плані подальших досліджень є оцінка тромбоцитарної ланки гемостазу у хворих на індукований ТГВ нижніх кінцівок.

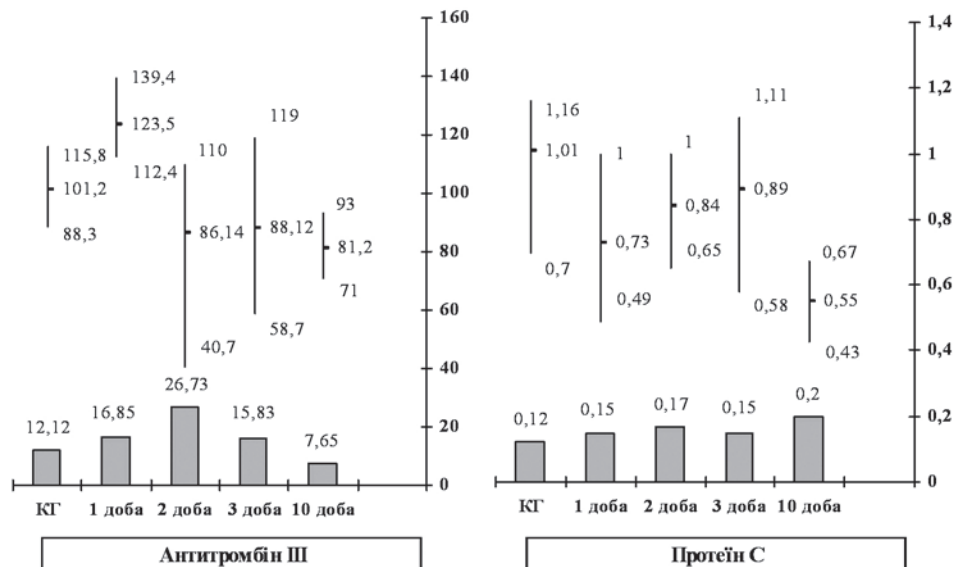


Рис. 1. Рівень антитромбіну III та протеїну С у динаміці лікування хворих на тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок (КГ – контрольна група)

Література

1. Кудряшова Б. А. Венозные тромбозы и тромбоэмболия легочных артерий (венозные тромбоэмболические осложнения) // Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению. Всероссийская ассоциация по изучению тромбозов, геморрагий и патологии сосудов имени А. А. Шмидта и Ассоциация флебологов России, – 2006. – 15 с.
2. Geerts W. H., Bergquist D., Pineo G. F et al. Prevention of Venous Thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Guidelines (8th Edition) // Chest. – 2008. – P. 381–453.
3. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений // Флебология. – 2010. – т. 4, вып. 2. – С. 3–37.
4. Tapson V. F. Acute Pulmonary Embolism // N. Engl. J. Med. – 2008. – Mar., N 6. – P. 1037–1052.
5. Wells P. S., Owen C., Doucette S., Fergusson D., Tran H. (2006), «Does This Patient Have Deep Vein Thrombosis?» // The Journal of the American Medical Association. – 2006. - Vol. 295, Issue 2. – P. 199–207.
6. Bates S., Greer I., Pabinger I et al. Venous Thromboembolism, Thrombophilia, Anthithrombotic Therapy, and Pregnancy. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) // Chest. – 2008. – P. 844–886.

ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛОГРАММЫ В БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Шевчук А. Г., Клымыук В. М., Дмыtruk А. М.
Ивано-Франковский национальный медицинский университет*

Проведено изучение антитромбина III, протеина С и уровня РФМК у 50 больных с проксимальным и дистальным тромбоз глубоких вен нижних конечностей. У 86,0% тромбоз глубоких вен считали индуцированным, он возник после оперативных вмешательств на органах брюшной полости, после ортопедических операций и после урологических операций в сроки до трех недель после инвазии. В 14,0% тромбоз расценивали как неиндуцированный. Уровень антитромбина III у 86,0% случаев превышал верхнюю границу нормы во время госпитализации, однако на фоне начатой антикоагулянтной терапии снижался же со вторых суток лечения. Уровень протеина С в течении первых трех суток лечения недостоверно отличался от показателей нормы. Уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов превышал норму у 92% пациентов и на 10 сутки лечения нормализовался у 95,7% случаев.

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен, коагулограмма, лечение.

CHANGES OF SOME INDICES OF COAGULOGAM IN PATIENTS WHO SUFFER FROM TROMBOSIS OF DEPP VEINS IN LOWER EXTREMITIES.

*Shevchuk A. H., Klymyuk V. M., Dmytruk O. M.
Ivano-Frankivsk national medical university*

The studying of antithrombin III, protein C and level of SFMC (solubl fibrin monomer complex) in patients on the proximal and distal trombosis of deep veins in the lower extremities has been conducted. The trombosis of deep veins was considered as iduced in 86%, it is appeared after the surgical interference on the organs of the abdominal cavity, it is also appeared after urological intereference. Such kind of trombosis had appeared till 3 months after invasio. The trombosis was considered as non induced in 14%. In 86% the level of antithrombin III was exceeding the upper level of boundary norms at the time of coming to the hospital, but after the anticoagulant therapy the level began to lowel after the 48 hours of treatment. The level of protein C during the first 72 hours of treatment differed from the indices of norm. The contents of SFMC exceeded the norm in 92% of patients and on the 10-th day of treatment it normalized in 95,7 % of patients.

Keywords: trombosis of deep veins, coagulogram, treatment.