

КОМПЛЕКСНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН

*В.М.Роговський, В.В.Яцун,
О.М.Борківець, О.С.Родіонов, Ю.М.Олійник*

**Головний військовий медичний клінічний центр,
Українська військово-медична академія
Київ, Україна**

Вступ

Діагностика та лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ), що ускладнюється тромбоемболією легеневої артерії (ТЕЛА), залишається одним із найбільш актуальних, проблемних та невирішених питань сьогодення в судинній хірургії [1, 2, 3]. Згідно з літературними даними, на аутопсіях в Європі та США було встановлено, що у 59-83% ТЕЛА не була діагностовано прижиттєво [4, 5, 6]. Гостра емболія легеневої артерії складає одну з найчастіших причин раптової смерті. В Україні відсутня достовірна інформація по загальній кількості ТЕЛА, але навіть по найскромніших підрахунках ТЕЛА є ускладненням 0,1%-0,3% усіх хірургічних операцій та виявляється в 12% аутопсій, а у хворих похилого віку із захворюваннями серцево-судинної системи — більш ніж у 20% [11]. Прижиттєво ТЕЛА діагностують лише в 25% випадках. У хірургічних клініках різного профілю частота летальних випадків, пов'язаних з ТЕЛА, складає до 20-40% [9, 10]. Згідно з літературними даними, смертність при ТЕЛА досягає 30% та її зниження при використанні антикоагулянтів — до 1-15% [7, 8].

Мета дослідження було проаналізувати результати лікування хворих із тромбозами глибоких вен при використанні різних методів лікування.

Матеріали та методи дослідження

Проведений аналіз лікування 43 хворих з тромбозом глибоких вен за період з 2010 до 2012 р. в клініці судинної хірургії Головного військового клінічного госпіталю Міністерства оборони України.

Серед них переважали чоловіки — 27 (62,7%), жінок було 16 (37,3%). За рівнем ураження системи глибоких вен хворі були розподілені наступним чином: ілеофemorальний сегмент — 16 хворих, загальна стегнова вена — 5, поверхнева стегнова вена — 2, підколінна вена — 1, глибокі вени гомілки — 16, суральні вени — 3.

У 5 хворих застосовували системний тромболізис, у 8 — антикоагулянтну терапію в поєднанні з імплантацією кава-фільтра, 33 хворих приймали антикоагулянти, оперативне лікування (тромбектомія) було виконано у 17 хворих. Вивчали як найближчі, так і віддалені (6-місячні) результати.

З метою встановлення локалізації тромботичного процесу, визначення ступеня порушення венозного відтоку, наявності флотації верхівки тромба та визначення стадії ТГВ в усіх хворих нами використовувалося дуплексне сканування глибоких вен нижніх кінцівок, таза та нижньої порожнистої вени.

При виборі тактики лікування ми керувалися локалізацією та давністю тромботичного процесу, станом верхівки тромботичної маси. При наявності флотації верхівки тромба в стегновій вені хворим проводилось оперативне лікування у вигляді тромбектомії з перев'язкою поверхневої стегнової вени розсмоктуючою ниткою та лікування низкомолекулярними гепаринами в післяопераційному періоді з подальшим переведенням на ривароксабан з 7-10 доби. При наявності флотації верхівки тромба в верхній або загальній здухвинній вені хворим проводилась імплантація кава-фільтра з призначенням антикоагулянтної терапії варфарином (4 пацієнтам) або ривароксабаном (4 пацієнтам).

Системний тромболізис проводився у 5 хворих препаратом «Фармакіназа» за стандартною схемою в дозі 1,5-3 млн МО, що передбачає введення тромболітика без попереднього встановлення кава-фільтра. Критерієм відбору до тромболітичної терапії були: давність тромботичних мас до 7 діб, відсутність протягом останніх 2 місяців гострих порушень мозкового кровообігу, протягом останніх 2 тижнів відсутність оперативних втручань чи кровотеч.

При наявності пристінкового або оклюзуючого тромбозу системи глибоких вен нижньої порожнистої вени будь-якої локалізації в якості антикоагулянтної терапії хворим призначалися лікувальні дози низкомолекулярних гепаринів протягом перших 10 діб з наступним переводом на варфарин (13 хворих) під контролем згортальної системи крові або ривароксабан (20 хворих) в дозі 15 мг 2

рази на добу протягом 3 тижнів, з наступним переводом на 20 мг 1 раз на добу без контролю загортальної системи крові.

Результати дослідження та їх обговорення

Сприятливий перебіг захворювання (зменшення больового синдрому та набряків нижніх кінцівок, часткова реканалізація ураженого сегмента) спостерігався у 24 (55,8%) хворих.

Повне одужання спостерігалось у 15 (34,8%) хворих. Слід відзначити, що це були переважно жінки молодого віку, у яких ТГВ виник внаслідок довготривалого прийому гормональних препаратів, а також пацієнтів, яким було розпочато лікування в перші 7 діб після виникнення ТГВ.

В усіх пацієнтів вдалося припинити прогресування тромбозу. ТЕЛА протягом періоду лікування не спостерігалися.

Ускладнення захворювання виникли у 3 (6,9%) хворих. У першому випадку спостерігалось ускладнення після імплантації кава-фільтру у вигляді перфорації нижньої порожнистої вени, що призвело до його видалення. У другому випадку спостерігалась гематурія у хворого, що приймав варфарин без належного контролю загортальної системи крові. Геморагічних ускладнень серед пацієнтів, які приймали ривароксабан, не було. У третього пацієнта протягом періоду дослідження відзначено ретромбоз унаслідок порушення режиму прийому варфарину.

Висновки

Використання комбінованих методів лікування тромбозу глибоких вен дозволило отримати позитивний ефект у всіх хворих, при цьому повна реканалізація відбулася у 15 (34,8%) хворих, часткова — у 24 (55,8%) хворих.

Пероральний ривароксабан 15 мг 2 рази на добу курсом 3 тижнів з наступним переходом на 20 мг 1 раз на добу може бути препаратом вибору при проведенні антикоагулянтної терапії та гарантувати для лікарів та пацієнтів зручну схему монотерапії тромбозу глибоких вен, в тому числі і в гострій стадії, яка може покращити співвідношення доцільності/ризиків такої антикоагулянтної терапії.

Література

1. Гудз І.М. Діагностика і лікування гострого тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок і таза / І.М.Гудз // Серце і судини. — 2006. — №2. — С. 34-36.

2. Кириенко А.И. Острый венозный тромбоз: базовые принципы терапии / А.И.Кириенко, А.А.Матюшенко, В.В.Андрияшкин // Медицина неотложных состояний. — 2006. — №4 (5). — С. 160-163.
3. Чернуха Л.М. Венозные тромбозы нижних конечностей: возможно ли решение проблемы сегодня / Л.М.Чернуха, П.И.Никульников, А.А.Гуч и др. // Здоров'я України. — 2007. — №18 (175). — С. 1-7.
4. Герасимов В.Г. Концепция «адекватного» восстановления кровотока при острых венозных подвздошно-бедренных тромбозах и эндоваскулярная профилактика тромбоэмболии легочной артерии / В.Г.Герасимов, Н.В.Шульга, В.В.Герасимов и др. // Матеріали ХХІ з'їзду хірургів України. — Запоріжжя, 2005. — Т. 1. — С. 417-419.
5. Кобза І.І. Комплексне лікування тромбозу глибоких вен, ускладненого тромбоемболією легеневої артерії / І.І.Кобза, Б.М.Гаврилів // Клін. флебол. — 2008. — Т. 1, №1. — С. 12-14.
6. Скупий О.М. Регіонарний та системний тромболізис у лікуванні тромбозів глибоких вен системи нижньої порожнистої вени / О.М.Скупий, Я.В.Хребтій // Клін. флебол. — 2008. — Т. 1, №1. — С. 34-37.
7. Comerota A. Treatment of acutely swollen leg / A.Comerota, F.Aziz, G.D Beard., P.A.Gains // Vasc. Endovasc. Surg. — 2009. — P. 341-354.
8. Eklof B. Surgical trombectomy for acute deep venous thrombosis / B.Eklof, R.Rutherford et al. // Vasc. Surg. — 2005. — №2. — P. 2188-2198.
9. Geerts W.H. Prevention of venous thromboembolism / W.H.Geerts, J.A.Heit, G.P.Clagett, G.F.Pineo, C.W.Colwell, F.A.Anderson et al. // Chest. — 2001. — Vol. 119. — P. 132-175.
10. Goldhaber S.Z. New onset of venous thromboembolism among hospitalized patients at Brigham and Women's Hospital is caused more often by prophylaxis failure than by withholding treatment / S.Z.Goldhaber, K.Dunn, R.C.MacDougall // Chest. — 2000. — Vol. 118. — P. 1680-1684.
11. Мишалов В.Г. Современное состояние проблемы тромбозиса в лечении тромбоэмболии легочной артерии / В.Г.Мишалов, Н.Ю.Литвинова, А.И.Осадчий // Хірургія України. — 2006. — №1. — С. 96-101.