

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ТРОМБОЗОВ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

[В. А. Сафонов, Д. Ф. Громацкий, С. В. Ненарочнов, Р. З. Шеров](#)

*НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск-Главный ОАО
„Российские железные дороги“» (г. Новосибирск)*

Представлен опыт лечения больных с острым флеботромбозом нижних конечностей в специализированном сосудистом отделении у 96-ти пациентов. Всем больным начинали лечение прямыми антикоагулянтами — подкожными инъекциями нефракционированного или низкомолекулярных гепаринов по стандартной схеме. В течение недели производился перевод на лечение таблетированными антикоагулянтами — антагонистом витамина К Варфарином (у 33,3 % всех больных) или ингибитором Ха фактора (Ривароксабаном) у 67,7 % больных. В последующем на амбулаторном этапе у 86-ти больных, продолжающих принимать Варфарин или Ривароксабан, проводилось контрольное ультразвуковое исследование пораженных вен через 1, 3, 6 и 8 мес. после начала заболевания. Выяснено, что в группе больных, принимающих Ривароксабан, более выражено шел процесс реканализации тромбированных вен. Рецидивов венозных тромбозов не отмечено в обеих группах. Геморрагические осложнения возникали редко в обеих группах больных и не приводили к серьезным последствиям.

Ключевые слова: острый флеботромбоз, антикоагулянтная терапия, ультразвуковой контроль.

Сафонов Виталий Алексеевич — доктор медицинских наук, сердечно-сосудистый хирург, заведующий сосудистым отделением Кардиоцентра НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск-Главный ОАО „Российские железные дороги“», рабочий телефон: 8 (383) 229-29-64, e-mail: GilkinaSA@wsr.ru

Громацкий Денис Федорович — сердечно-сосудистый хирург сосудистого отделения Кардиоцентра «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск-Главный ОАО „Российские железные дороги“», рабочий телефон: 8 (383) 229-38-15

Ненарочнов Сергей Владимирович — кандидат медицинских наук, врач ультразвуковой диагностики Диагностического центра «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск-Главный ОАО „Российские железные дороги“», рабочий телефон: телефон: 8 (383) 328-19-19

Шеров Рустам Захретдинович — сердечно-сосудистый хирург сосудистого отделения Кардиоцентра НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск-Главный

Тромбозы в системе нижней поллой вены являются актуальной проблемой в современной медицине, представляя собой угрозу для жизни как потенциальный источник тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Массивная ТЭЛА, которая развивается в среднем у 40 % пациентов с тромбозами в системе нижней поллой вены, занимает третье место среди причин внезапной смерти. Острые флеботромбозы при неблагоприятном течении также могут приводить к развитию посттромбофлебитического синдрома, резко ухудшающего качество жизни пациента. Тромбозы глубоких вен в системе нижней поллой вены относятся к мультиэтиологичным заболеваниям, причины которых укладываются в так называемую видоизмененную и пересмотренную триаду Вирхова.

1. Факторы, обуславливающие состояние гиперкоагуляции: а) злокачественные новообразования;
б) беременность и послеродовой период;
в) терапия эстрогенами;
г) воспалительные изменения кишечника;
д) сепсис;
е) врожденные тромбофилии.
2. Факторы, приводящие к повреждению эндотелия: а) хронические заболевания вен;
б) повреждение венозных клапанов;
г) травмы и хирургические вмешательства;
д) постоянные венозные катетеры.
3. Факторы, вызывающие циркуляторный стаз: а) дисфункция левого желудочка;
б) малоподвижный образ жизни, параличи, парезы;
в) хроническая венозная недостаточность или варикозное расширение вен;
г) венозная обструкция в результате опухоли, ожирения или беременности.

Тромбозы глубоких вен в системе нижней поллой вены условно принято разделять на дистальные (расположенные ниже колена) и проксимальные (локализованные на бедренно-подколенном, подвздошно-бедренном уровне и тромбозы нижней поллой вены).

Цель исследования: оптимизировать тактику консервативного лечения глубоких венозных тромбозов в системе нижней поллой вены, отследить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы. За период с октября 2013 по февраль 2015 года (17 месяцев) в отделении сосудистой хирургии НУЗ ДКБ находилось на стационарном консервативном лечении 96 пациентов с глубокими тромбозами в системе нижней поллой вены, что составило 26 % от всех пациентов флебологического профиля. Мужчин было 53 (55,2 %), женщин — 43 (44,8 %). Пациенты распределились по следующим возрастным группам: в возрасте до 40 лет — 19 (19,8 %), от 41 до 60 лет — 28 (29,2 %), старше 60 лет — 49 (51 %).

Основным инструментальным методом обследования являлось ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов на аппарате Phillips EN Visor HD.

По локализации тромбоза пациенты распределились следующим образом: подколенно-берцовый сегмент — 30 (31,3 %), бедренно-подколенный сегмент — 46

(47,9 %), подвздошно-бедренный сегмент и нижняя полая вена — 20 (20,8 %).

Причины тромбозов: у 42-х (43,8 %) больных травма или операция; 17-ти (17,7 %) — онкологические заболевания; 10-ти (10,4 %) — беременность или прием гормональных препаратов; 15-ти (15,6 %) — перенесенные ранее тромбозы, варикозная болезнь; 12-ти (12,5 %) — другие причины.

В ходе лечения глубоких венозных тромбозов в системе нижней полых вен мы определили следующие задачи:

- остановить распространение тромбоза;
- предотвратить ТЭЛА;
- не допустить прогрессирования отека;
- восстановить проходимость вен;
- предупредить рецидив тромбоза.

Выполнение данных задач достигалось комплексом консервативных мероприятий, которые включали в себя адекватную эластическую компрессию, инфузионную, дезагрегантную, комбинированную антикоагулянтную, флеботоническую терапию. Комбинированная антикоагулянтная терапия была направлена на предотвращение прогрессирования тромбоза и фиксацию флотирующей верхушки тромба, если таковая имела место. Основными условиями проведения антикоагулянтной терапии являлись оптимальный уровень гипокоагуляции и минимальный риск кровотечения.

В условиях нашей клиники мы использовали следующие подходы к антикоагулянтной терапии. При поступлении пациентов в острую фазу глубокого венозного тромбоза антикоагулянтная терапия начиналась с введения нефракционированного Гепарина (в суточной дозе от 10 000 до 30 000 ЕД) или низкомолекулярных Гепаринов (Дальтепарин (Фрагмин) 100 МЕ/кг массы тела 2 раза в сутки, Надропарин (Фраксипарин) 0,3–0,6 мл 2 раза в сутки, Эноксапарин (Клексан) 0,4–0,8 мл 1 раз в сутки). Со 2–3-го дня (при отсутствии угрозы геморрагических осложнений) антикоагулянтная терапия дополнялась пероральным приемом ингибиторов Ха фактора (Ривароксабан) в дозе 15 мг 2 раза в сутки или антагонистов витамина К (Варфарин) с индивидуальным подбором дозы под контролем МНО. Терапия нефракционированным Гепарином или низкомолекулярными Гепаринами продолжалась в течение 5–ти — 7–ми дней с последующим переводом на моноантикоагулянтную пероральную терапию. При поступлении пациента в стационар в подострую фазу тромботического процесса с первых дней начиналась моноантикоагулянтная терапия пероральными ингибиторами Ха фактора (Ривароксабан) в дозе 20 мг в сутки или антагонистами витамина К (Варфарин) в индивидуальной дозировке под контролем МНО. Стационарная стадия лечения пациентов с глубокими венозными тромбозами в системе нижней полых вен длилась от 7–ми до 14–ти дней. С интервалом в 2–3 дня выполнялось дуплексное сканирование вен в динамике. Оценивались стабильность тромбоза, отсутствие прогрессии и распространения в проксимальном направлении, фиксация флотирующей верхушки тромба, степень организации тромботических масс. При стабильном тромботическом процессе, отсутствии эмбоопасности пациенты выписывались на амбулаторный этап долечивания.

На амбулаторном этапе 64 (66,7 %) пациента продолжали прием ингибитора Ха фактора (Ривароксабан) в дозе 15 мг 2 раза в сутки в течение 20–ти дней с последующим переводом на дозировку 20 мг в сутки на срок от 3–х до 8–ми месяцев. 32 (33,3 %) пациента поддерживали необходимый уровень гипокоагуляции на амбулаторном этапе

пероральным приемом антагонистов витамина К (Варфарин) под контролем уровня МНО в рамках целевых значений 2,0–3,5 ед. Кроме антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе консервативное лечение включало в себя эластическую компрессию конечности, дезагрегантную, венотоническую терапию.

На амбулаторном этапе большинство пациентов (82) находилось под динамическим наблюдением, включавшем в себя осмотр ангиохирурга и контрольное дуплексное сканирование вен через 1, 3, 6 и 8 месяцев после выписки из стационара. Критериями оценки эффективности проводимого консервативного лечения являлись прогрессирующие и повторные тромбозы, клинические проявления венозной недостаточности, степень реканализации тромбированных сегментов, осложнения антикоагулянтной терапии.

В группе пациентов, принимавших ингибиторы Ха фактора (Ривароксабан) по поводу глубоких венозных тромбозов в системе нижней поллой вены, случаев прогрессирования тромбозов, повторных тромбозов не зарегистрировано. У всех пациентов уменьшилась степень выраженности клинических проявлений хронической венозной недостаточности (боль, отек, тяжесть, трофические нарушения).

Через 1 месяц у 17-ти пациентов наступила практически полная реканализация тромбированных сегментов, у 11-ти пациентов достигнута реканализация до 70 %, у 20-ти пациентов реканализация до 30–50 %, у 7-ми пациентов признаки начальной пристеночной реканализации. Через 3 месяца полная реканализация наступила у 26-ти пациентов, у 8-ми пациентов — реканализация до 70 %, у 4-х пациентов — реканализация до 30–50 %. Через 6 месяцев полная реканализация тромбированных магистральных вен нижних конечностей зарегистрирована у 10-ти пациентов, у 2-х — реканализация до 70 %. Через 8 месяцев у 2-х пациентов наступила полная реканализация. В одном случае зафиксирован эпизод рецидивного прямокишечного кровотечения на фоне постлучевого проктосигмоидита. У 9-ти пациентов не удалось отследить динамику.

В группе пациентов, принимавших на амбулаторном этапе антагонисты витамина К (Варфарин), случаев прогрессирования тромбоза, повторных тромбозов не зарегистрировано. Уменьшение степени клинических проявлений венозной недостаточности происходило медленнее, чем в группе пациентов, принимавших ингибиторы Ха фактора (Ривароксабан). Через месяц практически полной реканализации не наступило ни у кого, у 2-х пациентов имела место 70 % реканализация, у 12-ти пациентов реканализация — до 30–50 %, у 7-ми — начальная пристеночная реканализация. Через 3 месяца у 4-х пациентов наступила полная реканализация, у 4-х — реканализация до 70 %, у 10-ти — реканализация до 30–50 %, у 3-х пациентов сохранялась пристеночная реканализация. Через 6 месяцев у 8-ми пациентов наступила практически полная реканализация, у 6-ти пациентов — реканализация до 70 %, у 3-х пациентов — реканализация до 30–50 %. Через 8 месяцев у 3-х пациентов реканализация тромбированных сегментов достигла 70 %. В 2-х случаях имели место эпизоды макрогематурии и в 1-м случае — кровотечение из геморроидальных узлов на фоне некорректной дозы Варфарина.

Выводы:

1. в обеих группах пациентов: принимавших ингибиторы Ха фактора (Ривароксабан); принимавших антагонисты витамина К по поводу глубоких венозных тромбозов в системе нижней поллой вены случаев прогрессирования тромбозов, повторных тромбозов не зарегистрировано;

2. в сроки от 1-го до 3-х месяцев у 51-го (79,7 %) пациента, принимавших Ривароксабан, наступила полная или практически полная (до 70 %) реканализация тромбированных сегментов. В группе пациентов, принимавших Варфарин, такой результат достигнут у 8-ми (25 %) пациентов;
3. уменьшение степени клинических проявлений венозной недостаточности у пациентов, принимавших Варфарин, происходило медленнее, чем в группе пациентов, принимавших Ривароксабан;
4. в одном случае у пациентки, принимавшей Ривароксабан, зафиксирован эпизод рецидивного прямокишечного кровотечения на фоне постлучевого проктосигмоидита. В группе пациентов, принимавших Варфарин, у 2-х пациентов имели место эпизоды макрогематурии и в 1-м случае — кровотечение из геморроидальных узлов.

Применение Ривароксабана для лечения глубоких венозных тромбозов в системе нижней полой вены является более эффективным, чем стандартная терапия Эноксапарином и антагонистами витамина К. Ривароксабан обладает сходной безопасностью по сравнению с терапией антагонистами витамина К при лечении глубоких венозных тромбозов в системе нижней полой вены. Применение Ривароксабана 15 мг 2 раза в день в течение 21-го дня, затем по 20 мг 1 раз в день предоставляет удобную альтернативу терапии Эноксапарином и антагонистам витамина К при лечении глубоких венозных тромбозов в системе нижней полой вены и вторичной профилактики тромбоэмболических событий. Обращает на себя внимание клиническая выгода у пациентов, принимавших Ривароксабан при лечении глубоких венозных тромбозов в системе нижней полой вены (ранняя реканализация тромбированных сегментов, нивелирование отека, болей, минимизация клинических проявлений посттромботической болезни, улучшение качества жизни).

Список литературы

1. Бокарев И. Н. Тромбозы и противотромботическая терапия в клинической практике / И. Н. Бокарев, Л. В. Попова, Т. В. Козлова. — М. : МИА, 2009. — 511 с.
2. Основы клинической флебологии / Под ред. акад. Ю. Л. Шевченко, проф. Ю. М. Стойко. — М. : ЗАО «Шико», 2013. — 336 с.
3. Место новых пероральных антикоагулянтов в профилактике и лечении венозных тромбоэмболий / В. И. Петров [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2014. — Т. 20, № 3. — С. 89-93.
4. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений // Флебология. — 2010. — Т. 4, № 2. — С. 1-37.
5. Флебология : руководство для врачей / Под ред. акад. В. С. Савельева. — М. : Медицина, 2001. — 660 с.

EXPERIENCE OF CONSERVATIVE TREATMENT OF DEEP CLOTTAGES IN SYSTEM OF LOWER HOLLOW VEIN

[V. A. Safonov](#), [D. F. Gromatsky](#), [S. V. Nenarochnov](#), [R. Z. Sherov](#)

NGH «Road clinic hospital PLC „The Russian Railways (RZhD)“» (Novosibirsk)

Experience of treatment of patients with acute phlebothrombosis of lower limbs in specialized vascular unit at 96 patients is presented in the article. All patients began treatment with direct anticoagulants — subcutaneous injections of unfractionated or low-molecular heparins according to the standard scheme. Rendering on treatment with the tableted anticoagulants — the antagonist of K vitamin Warfarin (at 33,3% of all patients) or inhibitor of X factor (rivaroxaban) at 67,7% of patients was performed during a week. Then at out-patient stage 86 patients who continued the treatment with Warfarin or rivaroxaban were conducted control ultrasonic research of the affected veins in 1, 3, 6 and 8 months after the beginning of a disease. It was found out that there was a process of canalization of the thrombosed veins is more expressed in group of the patients who took rivaroxaban. Recurrence of venous clottages was not registered in both groups. Hemorrhagic complications arose seldom in both groups of patients and didn't lead to serious consequences.

Keywords: acute phlebothrombosis, anticoagulant therapy, ultrasonic control.

About authors:

Safonov Vitaly Alekseevich — doctor of medical science, cardiovascular surgeon head of vascular unit at NGH «Road clinic hospital PLC „The Russian Railways (RZhD)“», office phone: 8 (383) 229-29-64, e-mail: GilkinaSA@wsr.ru

Gromatsky Denis Fedorovich — cardiovascular surgeon of vascular unit of Cardiocenter NGH «Road clinic hospital PLC „The Russian Railways (RZhD)“», office phone: 8 (383) 229-38-15

Nenarochnov Sergey Vladimirovich — candidate of medical science, ultrasonographer of Diagnostic center at NGH «Road clinic hospital PLC „The Russian Railways (RZhD)“», office phone: 8 (383) 328-19-19

Sherov Rustam Zakhretdinovich — cardiovascular surgeon of vascular unit of Cardiocenter at NGH «Road clinic hospital PLC „The Russian Railways (RZhD)“», office phone: 8 (383) 229-29-64

List of the Literature:

1. Bokarev I. N. Clottages and antithrombotic therapy in clinical practice / I. N. Bokarev, L. V. Popova, T. V. Kozlova. — M.: MIA, 2009. — 511 P.
2. Bases of clinical phlebology / Under the editorship of acad. Y. L. Shevchenko, prof. Y. M. Stoyko. — M.: JSC Shiko, 2013. — 336 P.
3. Role of new peroral anticoagulants in prophylaxis and treatment of venous

thromboembolisms / V. I. Petrov [etc.]//Angiology and vascular surgery. — 2014. — V. 20, N 3. — P. 89-93.

4. The Russian clinical references on diagnostics, treatment and prophylaxis of venous tromboembolic episodes // Phlebology. — 2010. — V. 4, N 2. — P. 1-37.
5. Phlebology: guidance for doctors / Under the editorship of acad. V. S. Savelyeva. — M.: Medicine, 2001. — 660 P.