

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН

Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, М.Н. Замятин, В.А. Батрашов, В.Г. Гудымович, И.В. Лемаева, А.В. Воробьев
НМХЦ им. Н.И. Пирогова

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) относятся к состояниям, требующим неотложной специализированной помощи, объем и качество которой в значительной степени определяют прогноз дальнейшей жизни пациента. Ежегодно ТГВ и ТЭЛА диагностируют у 100 – 160 человек на 100000 населения, около 30% из них погибают в ближайший месяц, еще у 20% больных в течение последующих двух лет развивается рецидив заболевания (Anderson F.A., 1991; Nordstrom M. и соавт., 1992).

Среди факторов риска развития ТГВ особое значение имеет факт лечения больного в стационаре. Госпитализация больного, изменение привычного образа жизни, режима питания, гиподинамия, психоэмоциональный стресс усиливают нарушения свертываемости крови более чем в 10 раз, повышая риск тромбоэмболических осложнений. Тромбоз глубоких вен развивается у 22-25% больных инфарктом миокарда, у 42-56% больных с острым нарушением мозгового кровообращения и у 9% всех пациентов терапевтического профиля старше 65 лет. Хирургическая операция значительно повышает риск венозного тромбоза. При отсутствии профилактики ТГВ подколенно-бедренного и илеокавального сегментов развивается у 25-28% больных, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости, у 19% гинекологических больных, у 25% – урологических, а после операции на тазобедренном суставе и при переломах головки бедренной кости частота этого осложнения достигает 45-59%. Вероятность ТЭЛА в этой ситуации возрастает до 50%, при этом у 2-5% больных с тромбозом ТЭЛА имеет массивный характер и ведет к гибели пациента. Еще 18% больных из этой группы погибают в ближайшие 3 месяца на фоне повторной ТЭЛА. Таким образом, ТГВ и ТЭЛА относятся к наиболее распространенным, социально значимым и представляющим опасность для жизни пациентов заболеваниям системы кровообращения.

Многие вопросы, связанные со своевременной диагностикой этих заболеваний и методами их лечения остаются нерешенными. Качество диагностических и лечебных мероприятий по-прежнему зависит от профиля лечебного учреждения, субъективного отношения врачей к тем или иным методам лечения, их знаний и опыта в этой области. Наиболее эффективным методом решения этих проблем и, соответственно, повышения качества диагностики, лечения и последующей жизни пациентов является создание алгоритма, определяющего последовательность действий врачей при появлении в стационаре такого больного. Создание такого алгоритма, основанного на опыте сотрудников НМХЦ им. Н.И.Пирогова и данных «доказательной медицины», и стало главной целью данной работы.

Алгоритм состоит из двух основных блоков – диагностического и лечебного. На этапе диагностики необходимо решить следующие задачи:

- подтвердить или исключить диагноз венозного тромбоза;
- определить локализацию, эмбологенность тромба;
- выявить причины и факторы риска, способствовавшие его развитию;
- оценить эффективность проводимой терапии в динамике.

Подтверждение диагноза ТГВ при наличии местных симптомов обычно не вызывает трудностей. Для этого достаточно выполнить компрессионную доплерографию, чувствительность и специфичность которой в такой ситуации составляет 96-98%.

При отсутствии местных признаков ТГВ целенаправленные диагностические мероприятия проводят пациентам, имевшим в анамнезе тромбозэмболические осложнения, а также больным, у которых в процессе лечения развиваются следующие синдромы или патологические состояния: повторные очаговые пневмонии; быстро проходящие сухие «плевриты»; атипичные приступы стенокардии с одышкой, чувством страха и последующим повышением температуры; повторные эпизоды нарушения сердечного ритма; лихорадка неясной этиологии; «немотивированные» обмороки, коллапсы с падением артериального давления и тахикардией.

У таких пациентов первым шагом в лабораторной диагностике является выполнение быстрого и чувствительного анализа на d-димер. Отрицательный результат надежно исключает тромбоз, при положительном проводится дуплексное ангиосканирование, которое в настоящее время может рассматриваться в качестве современного «золотого стандарта» диагностики тромбозов. При дуплексном ангиосканировании отмечают не только отсутствие реакции на внешнюю компрессию, уменьшение амплитуды или отсутствие доплеровского сигнала, но и исчезновение спонтанного кровотока, дилатацию вены, наличие эхопозитивных включений в просвете вены, степень фиксации тромба к сосудистой стенке, наличие флотирующих фрагментов. Отсутствие этих изменений при дуплексном ангиосканировании вен у пациентов с подозрением на бессимптомное течение заболевания позволяет отвергнуть этот диагноз. Наличие признаков тромбоза является достаточным для окончательной постановки диагноза и начала лечения.

При наличии условий для выполнения дуплексного ангиосканирования потребность в применении рентгеноконтрастных исследований бассейна нижней полой вены существенно снижается. Ретроградная илиокавография показана для выявления бессимптомных эмбологенных, флотирующих тромбов в илиокавальном сегменте у пациентов с ТЭЛА, а также у больных с клиническими признаками подвздошно-бедренного венозного тромбоза для определения проксимальной границы тромбоза.

Другие методы инструментальной диагностики ТГВ (радионуклидная флебосцинтиграфия, компьютерная импедансометрия) имеют меньшую информативность и являются дополнительными.

При подтверждении диагноза ТГВ важно определить, почему именно у данного пациента развился ТГВ, какие факторы способствовали его возникновению. Поиск ответа на эти вопросы необходимо начинать с традиционной оценки степени риска тромбозэмболических осложнений. Наличие одного из этих признаков или любого их сочетания свидетельствует о высоком риске ТГВ и может рассматриваться как причина, достаточная для развития венозного тромбоза. В таком случае следует уточнить, насколько проводившиеся пациенту до развития ТГВ профилактические мероприятия соответствовали расчетной степени риска. Ответ на этот вопрос имеет очень важное значение. Во-первых, такой анализ позволяет выявить недостатки в организации профилактики тромбозэмболических осложнений в стационаре. Во-вторых, если профилактика не проводилась или при ее проведении были допущены ошибки (по нашим данным, около 90% всех

венозных тромбозов, диагностированных у больных хирургического профиля в процессе стационарного лечения, развились на фоне недостаточной или нерациональной профилактики), то дополнительный диагностический поиск причин патологического тромбообразования можно не проводить и использовать при лечении ТГВ стандартные схемы антитромботической терапии. Если же тромбоз развился несмотря на проводимую в полном объеме специфическую профилактику, то необходимы дополнительные исследования, направленные на поиск врожденных или приобретенных тромбофилий. Проведение дополнительной диагностики нарушений гемостаза показано также при развитии тромбозов у пациентов в возрасте до 45 лет, наличии семейного анамнеза, при множественных тромбозах, идиопатических тромбозах.

По нашим данным, врожденные и приобретенные аномалии свертывающей системы имеются у подавляющего большинства больных с идиопатическими тромбозами (96%) и у 30% всех больных с тромбозами, развившимися в процессе хирургического лечения. К особенностям этих тромбозов можно отнести их распространенность, склонность к рецидивам, тяжесть поражения и резистентность к проводимому лечению.

Диагноз «тромбоз глубоких вен» является абсолютным показанием к срочной госпитализации пациента в специализированный ангиохирургический стационар, где проводится лечение, которое должно остановить распространение тромбоза и прогрессирование отека, восстановить проходимость вен, предупредить рецидив ТГВ и развитие ТЭЛА.

Основным методом лечения ТГВ является консервативная терапия, которую проводят с помощью тромболитиков (крайне редко), антикоагулянтов, флеботекторов, противовоспалительных препаратов и компрессионных повязок.

Тромболитическая терапия может быть показана только при лечении соматически здоровых молодых пациентов со свежим (не более трех суток) окклюзивным илеофemorальным тромбозом и угрозой гангрены нижней конечности, а также при лечении ТЭЛА, сопровождавшейся гемодинамическими нарушениями. В остальных случаях терапию начинают с назначения прямых антикоагулянтов. Средством выбора являются низкомолекулярные гепарины (НМГ), которые используют на догоспитальном этапе, во время стационарного лечения, а в ряде случаев, например, при наличии противопоказаний к варфарину, и после выписки больного из стационара.

Среди низкомолекулярных гепаринов особое место занимает «Фраксипарин форте», предназначенный именно для лечения венозных тромбозов. Его вводят 1 раз в сутки в дозе от 0,4 мл (при весе менее 50 кг) до 0,9 мл (при весе более 90 кг). Использование фраксипарина, как и других низкомолекулярных гепаринов, в профилактических и лечебных дозах не требует лабораторного контроля, за исключением определения содержания тромбоцитов в крови. Высокая эффективность и относительная безопасность низкомолекулярных гепаринов позволяют существенно ограничить показания к применению нефракционированного гепарина. Этот препарат можно применять только в виде постоянной внутривенной инфузии, проводимой при условии систематического контроля АЧТВ для лечения тромбоза у больных, находящихся в критическом состоянии, которым может потребоваться экстренное оперативное вмешательство или травматичная процедура.

С первых суток лечения больных с ТГВ применение гепарина должно быть дополнено, при отсутствии противопоказаний, назначением непрямых антикоагу-

лянтов, среди которых препаратом выбора является варфарин. Комбинированное лечение прямыми и непрямыми коагулянтами продолжается до тех пор, пока не будет достигнуто устойчивое повышение МНО до 2,0 – 3,0 (т.е. при определении МНО с периодичностью 1 раз в сутки будут получены подряд два одинаковых результата). В этот момент можно уменьшить дозу НМГ, а через 1-2 дня полностью его отменить. Средняя продолжительность комбинированного лечения составляет 5 дней, однако у пациентов с массивной ТЭЛА или распространенными формами илюофеморального тромбоза НМГ продолжают вводить до 10 дней.

Продолжительность антитромботической терапии варфарином, а при наличии противопоказаний, низкомолекулярными гепаринами, определяется соотношением риска рецидива тромбоза при прекращении приема препаратов и риска кровотечения на фоне продолжающейся терапии. Она составляет от 3 до 12 месяцев с последующей повторной оценкой риска.

Хирургическое лечение ТГВ в определенной мере решает не только локальную задачу по удалению тромба, не менее важным является предотвращение развития ТЭЛА. Выбор метода хирургического лечения определяется соматическим состоянием больного, локализацией и протяженностью эмболоопасного тромбоза, длительностью заболевания и условиями работы лечебного учреждения (техническая оснащенность, профессиональные навыки специалистов и т.д.). При этом могут быть выполнены следующие виды оперативных вмешательств: тромбэктомия; тромбэктомия в комбинации с перевязкой магистральных вен; пликация нижней поллой вены; эндоваскулярные вмешательства.

Тромбэктомия показана при небольшом сроке (от 3 до 5 суток) с момента возникновения тромбоза. При восходящем тромбофлебите показана кроссэктомия. Тромбоз вен голени с тенденцией к прогрессирующему росту, а также без прогрессирующего роста, но осложненный ТЭЛА, является показанием к перевязке поверхностной бедренной вены ниже устья глубокой. Пликация нижней поллой вены выполняется при распространении флотирующего тромба на супрааренальный отдел нижней поллой вены, сочетании эмбологенного тромбоза с беременностью поздних сроков, рецидивирующей ТЭЛА, а также при окклюзии верхней поллой вены и ее притоков, препятствующей имплантации кава-фильтра.

Имплантация кава-фильтра является средством профилактики тромбоэмболии легочной артерии. Абсолютными показаниями для введения фильтра в нижнюю полую вену являются:

- эмболоопасные (флотирующие) тромбы нижней поллой вены, подвздошной и бедренной вен, осложненные или неосложненные ТЭЛА, когда прямое вмешательство на венах невозможно или нецелесообразно, а антикоагулянты противопоказаны;
- повторные ТЭЛА, источник которых не установлен.

Представленный алгоритм внедрен в виде «Протокола диагностики и лечения ТГВ» в практику НМХЦ им. Н.И. Пирогова. Первый опыт применения этого протокола показал, что он является удобным инструментом организации своевременной и качественной медицинской помощи больным с тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая ангиология: Руководство в 2-х томах / под ред. А.В. Покровского. – Т.2. – М., 2004. – 888 с.

2. 50 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. – М., 2003. – 408 с.
3. Профилактика тромбоэмболических осложнений у хирургических больных в многопрофильном стационаре: методические рекомендации / под ред. Ю.Л. Шевченко и В.С. Савельева. – М., 2003. – 29 с.
4. Российский Консенсус «Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений» – М., 2000. – 20 с.
5. Савельев В.С. // Хирургия. – 1999. – №6. – С.60-63.
6. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др. Флебология / Руководство для врачей под ред. В.С. Савельева. – М., 2001. – 664 с.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, М.Н. Замятин, А.Л. Левчук, В.А. Сотникова
НМХЦ им. Н.И. Пирогова

Лечение больных острым панкреатитом представляет собой актуальную проблему здравоохранения, решение которой предполагает существенное снижение летальности и частоты тяжелых, в первую очередь, инфекционно-септических осложнений этого заболевания, уменьшение продолжительности и стоимости лечения, повышение качества дальнейшей жизни пациентов. (В.Б. Краснорогов, 1990, P.G. Lankisch и соавт., 1996, W. Steiberg, 1999).

К сожалению, на практике результаты лечения острого панкреатита остаются хуже ожидаемых, что, в основном, связано с нерациональным, несвоевременным использованием современных технологий, отсутствием даже в рамках одного стационара единых подходов к оказанию неотложной специализированной помощи этой категории пациентов. (М.И. Филимонов и соавт., 1999; А.С. Ермолов, 2000; В.С. Савельев, 2004; J.M. Poulson и соавт., 2000).

Чтобы изменить эту ситуацию, необходим «Протокол лечения больных острым панкреатитом», учитывающий специфику и возможности лечебного учреждения, устанавливающий объем обследования больного, правила постановки диагноза и определения прогноза заболевания, содержание интенсивной терапии, показания к оперативному вмешательству.

С целью разработки оптимального алгоритма комплексного лечения деструктивного панкреатита на ранних стадиях развития, позволяющего снизить летальность и частоту гнойно-септических осложнений у больных с деструктивным панкреатитом, такой протокол был создан в НМХЦ им. Н.И.Пирогова. Он включает в себя алгоритм действий врача при поступлении больного (в приемном отделении), определяет место лечения пациента, основные элементы консервативной терапии, показания к оперативному лечению. В соответствии с этим протоколом, в приемном отделении больному выполняют общий анализ крови с подсчетом числа тромбоцитов, общий анализ мочи, определяют группу крови, резус-фактор, RW, HBsAg, а-НСV, амилазу крови, диастазу мочи, липазу крови, креатинин, сахар крови, билирубин связанный и несвязанный, электролиты, общий белок, при наличии геморрагического синдрома – протромбин, АЧТВ, фибриноген.

Инструментальная диагностика включает ЭКГ, рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭГДС (с обязательным осмотром большого дуоденального сосочка), КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.