

© Сучков И.А., Швальб П.Г., 2006
УДК 616.147.3-005.6-08

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И.А.Сучков, П.Г.Швальб

Рязанский государственный медицинский университет
Имени академика И.П. Павлова.

Тромбозы глубоких вен – важная проблема современного здравоохранения. В работе представлены данные Рязанского центра сосудистой хирургии и попытки упорядочить показания для консервативной терапии, хирургического лечения и профилактики ТЭЛА, показания для имплантации кава-фильтра.

Тромбозы глубоких вен нижних конечностей и их наиболее тяжелое, угрожающее жизни осложнение – тромбоэмболия легочной артерии, представляет одну из важнейших проблем современного здравоохранения [1,2,7]. Эпидемиологические данные показывают, что частота тромбоза глубоких вен в общей популяции ежегодно составляет около 160 на 100 000 населения [5]. А по данным различных авторов в 85 % случаев причиной тромбоэмболии легочной артерии является тромбоз в системе нижней полой вены [4,8,9]. Практическая значимость проблемы ТЭЛА в настоящее время определяется несколькими причинами. Во-первых, тем обстоятельством, что ТЭЛА становится третьей по частоте причиной смерти в высокоразвитых странах, уступая только сердечно – сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Во-вторых, значительным увеличением частоты венозных тромбозов различной локализации, возникающих при сложных хирургических вмешательствах [6].

На сегодняшний день вопросы лечения острых венозных тромбозов глубоких вен нижних конечностей широко обсуждаются, дискутируются

показания для консервативной терапии, хирургического лечения и профилактики ТЭЛА, показания для имплантации кава-фильтра. Поэтому нам представляется важным привести свои наблюдения по лечению тромбоза глубоких вен нижних конечностей и профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Материалы и методы

В Рязанском областном центре сосудистой хирургии в период с 2000 по 2005 год поступило 231 пациент с тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

При поступлении все больным выполнялось УЗДС глубоких вен (100%), при необходимости выполнялась флебография 113 случаев (48,9%).

Среди поступивших было 152 мужчины (65,8%) и 79 женщин (34,2%).

Сроки поступления в стационар от момента начала заболевания были следующие: от 1 до 3 суток – 72 больных (31,17%), от 4 до 5 суток – 39 человек (16,88%), более 5 суток – 120 больных (51,95%). У большинства больных имелась классическая картина тромбоза глубоких вен, с отеком

пораженной нижней конечности, с положительными симптомами Мозеса и Хоманса, с болезненностью по ходу магистральных вен, с усилением рисунка подкожных вен и т.д.. Но у 8 больных (3,46%) первыми клиническими признаками наличия тромба в системе нижней полой вены были эпизоды тромбоэмболии легочной артерии.

У 101 больного (43,7%) в анамнезе имелись эпизоды тромбоэмболии легочной артерии, у 27 (26,7%) из них непрерывно – рецидивирующая её форма (Швальб П.Г. – 2001г.). Тромбоэмболия легочной артерии была диагностирована на основании жалоб на одышку 101 больной (в 100 %), боли за грудиной 47 (46,5%), боли в грудной клетке 53 (52,5%), кашель с кровохарканьем 18 (17,8%). Из всей совокупности объективных данных наиболее информативными оказались ЧСС 120 уд. в 1 минуту и более 101 больной (100%), акроцианоз 76 (75,2%), рассеянные сухие и влажные хрипы в лег-

ких 58 (57,4%), на ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца 54 (53,4%), блокада правой ножки п. Гиса 54 (53,4%). При необходимости для уточнения диагноза ТЭЛА проводилась ангиопульмонография.

Клинические проявления непрерывно – рецидивирующей формы ТЭЛА, хотя и могут выражаться в виде различных «масок» обычно описываются в виде классических симптомов эмболии легочной артерии. Такие эпизоды возникают с определенным временным разрывом (до нескольких дней и даже недель), причем если очередной приступ не является фатальным, то в ближайшие часы на фоне соответствующего консервативного лечения происходит улучшение состояния и сердечно-легочная недостаточность в той или иной степени в зависимости от объема поражения компенсируется.

Локализация тромба в исследуемой группе была следующая (таблица 1).

Таблица 1

Лок-я тромба	НижПВ	ОПВ	НарПВ	ОБВ	СБВ	Пк вена	Берцовые вены	Суральные вены
Кол-во	5	20	31	69	35	33	20	18
%	2,16	8,65	13,43	29,87	15,16	14,28	8,66	7,79

Флотирующий характер тромба был обнаружен в 109 случаях (47,18%), пристеночный тромб у 44 больных (19,05%) и у 78 больных (33,77%) был диагностирована окклюзионная форма тромбоза.

Все пациенты с тромбозом глубоких вен, у которых при обследовании обнаружен окклюзирующий или пристеночный тромб, а также пациенты с суральным тромбозом получали курс консервативной терапии, заключающийся в назначении НФГ (или НМГ) 5 - 7 дней, внут-

ривенных инфузий реополиглокина, дезагрегантов, таблетированных форм НПВС в общепринятых дозировках. Необходимо отметить, что при применении низкомолекулярных гепаринов (клексан, фраксипарин), по сравнению с нефракционированным гепарином, регресс отека был значительно больше, количество геморрагических осложнений меньше.

Исключение составляли больные с эпизодами тромбоэмболии легочной артерии, а также больные с высоким

риском развития повторных тромбозов глубоких вен нижних конечностей, в связи с планируемым оперативным вмешательством, беременностью и т.д. Данной группе пациентов с целью профилактики ТЭЛА проводилась имплантация кава-фильтра.

В стационаре, на фоне консервативной терапии произошло 3 эмболий лёгочной артерии, что составляет 4,5% случаев от общего количества тромбозов глубоких вен в системе нижней по-

лой вены. Данный показатель соответствует литературным данным. Так по данным Баешко А.А. на фоне проводимой адекватной терапии ТЭЛА имела место лишь в 3,33% случаев[3].

Больным с флотирующим тромбом помимо стандартной консервативной терапии проводилась хирургическая профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Виды операций представлены в таблице 2.

Таблица 2

Вид операции	Перевязка НарПВ	Перевязка СБВ	Тромбэктомия из ОБВ + перевязка СБВ	Импл-я кава-фильтра	Имплан-я фильтра-стента
Количество	2	55	17	84	7
%	0,86	23,8	7,36	36,37	3,04

Таблица 3

Вид лечения	Консервативная терапия	Открытая операция	Эндоваскулярная методика
Количество	66	74	91
%	28,57	32,03	39,40

Таким образом, соотношение консервативной терапии, открытой хирургической операции и эндоваскулярных методов профилактики ТЭЛА выглядит следующим образом (таблица 3).

Результаты и их обсуждение

В ходе исследования были получены следующие результаты.

На фоне проводимой консервативной терапии у большинства больных отек уменьшился или полностью исчез, но у 3 (4,5%) больных наблюдались эпизоды тромбоэмболий легочной артерии, что потребовало имплантации кава-фильтра.

В группе больных, которым проводилась открытая операция, с целью профилактики ТЭЛА нарушения венозного оттока так же не наблюда-

лось, но у 4 (5,4%) больных наблюдались эпизоды ТЭЛА что, как и в группе консервативной терапии потребовало имплантации кава-фильтра. В 2 случаях источником тромбоэмболии легочной артерии явились глубокие вены контралатеральной нижней конечности. Это свидетельствует о необходимости тщательного обследования (УЗДС), также контралатеральной, клинически интактной, нижней конечности. В 2 других случаях источником эмболии явились глубокие вены выше места перевязки, что свидетельствует о необходимости выполнения лигирования магистральной вены лишь при полной уверенности в отсутствии тромботических масс в выше лежащих отделах вены.

У больных, которым проводилась эндоваскулярная профилактика ТЭЛА, эпизодов эмболии не наблюдалось (успех 100%). Но, к сожалению, у 21 больного (25% случаев), в независимости от приема антикоагулянтов в послеоперационном периоде наблюдалось развитие синдрома нижней полой вены, иногда с тяжелыми проявлениями венозного стаза по типу «синей флегмазии». Причин этому, на наш взгляд, может быть две. Во-первых, кава-фильтр выполнил свою миссию ловушки – уловил тромбоэмболы, мигрировавшие из системы нижней полой вены, что и привело к закупорке последней и развитию клиники тромбоза нижней полой вены. Во-вторых, сам кава-фильтр, будучи инородным телом, в условиях наличия других компонентов триады Вирхова, явился причиной развития синдрома нижней полой вены. На сегодняшний день мы не можем с уверенностью сказать, какая из этих причин действует в каждом конкретном случае, действуют ли они вместе или же есть ещё факторы, приводящие к развитию данного осложнения.

В группе больных с непрерывно – рецидивирующей тромбоэмболией легочной артерии (П.Г. Швальб – 2001 год) улучшение в состоянии наступало сразу же после имплантации кава-фильтра за счет прекращения эмболической «бомбардировки», хотя в перфузионно-вентиляционном синдроме ничего не менялось.

В своей работе мы хотели бы вынести на обсуждение важный, на наш взгляд, вопрос. Какова реальная эмбологенность различных тромбозов вен нижних конечностей.

В последнее 5 лет наблюдается увеличение количества диагностируемых флотирующих тромбов в системе нижней полой вены. Связано это, на наш взгляд, с внедрением в клиническую практику нового, более совершенного медицинского оборудования. Согласно определению

Савельева В.С., эмболоопасным является так называемый флотирующий (плавающий, колеблющейся) тромб, который имеет единственную точку фиксации в своем дистальном отделе. Остальная его часть расположена свободно и на всем протяжении не связана со стенкой вены [5]. В литературе понятия флотирующий и эмболоопасный тромб равнозначны [1,4,5,9,10]. Нам представляется необходимым разделить эти два понятия, так как основываясь на клиническом опыте мы можем сказать, что при небольших размерах флотирующий головки, отсутствии кровотока по вене вероятность отрыва и миграции тромба в легочное русло маловероятно. Любой тромб в своём проксимальном конце имеет головку. Бурное развитие медицинской техники позволяет все лучше и лучше визуализировать тромб и пусть даже небольшую её флотацию, что ведет к переоценки его эмбологенноопасности. На наш взгляд, понятие эмболоопасный тромб должно базироваться на некоторых количественных и качественных показателях, таких как диаметр тромбированной вены, размеры флотирующей части тромба, скорость кровотока или его отсутствие, структура тромба. Это позволит нам уменьшить количество неоправданных оперативных вмешательств и имплантаций кава-фильтров и фильтров-стендов с целью профилактики ТЭЛА. Как уже говорилось выше, в стационаре на фоне адекватной консервативной терапии у больных с окклюзионным тромбом произошло 3 эмболии лёгочной артерии из 66 случаев тромбоза, что составляет **4,5%** случаев от общего количества тромбозов глубоких вен в системе нижней полой вены. Если же придерживаться активной хирургической тактики и всем следовательно, 63 кава-фильтра нужно было бы имплантировать напрасно. А данная процедура в 25% случаев дает такое тяжелое осложнение как синдром нижней полой вены.

В то же самое время, мы еще раз подчеркиваем огромную роль хирургических методов в профилактике тромбоэмболии легочной артерии и призываем конкретизировать такое основное показание к применению этих методов как эмбологеноопасный тромб.

Выводы

1. При окклюзионной или пристеночной форме тромбоза целесообразнее проводить курс консервативной терапии без активной хирургической профилактики ТЭЛА, с динамическим УЗДС контролем.

2. При флотирующим тромбе ниже уровня паховой складки необходимо, помимо консервативной терапии, проводить хирургическую профилактику ТЭЛА путем перевязки магистральной вены.

3. При флотирующим характере тромба выше уровня паховой складки необходимо проводить профилактику ТЭЛА путем имплантации кава-фильтра или фильтра-стента.

4. У больных с высоким уровнем риска развития рецидива тромбоза глубоких вен необходимо проведение имплантации кава-фильтра независимо от характера тромба.

5. Больным с непрерывно – рецидивирующей формой тромбоэмболии легочной артерии целесообразнее проводить имплантацию кава-фильтра.

6. Все больные с тромбозами глубоких вен, в связи с возможностью развития различных форм ХВН подлежат диспансерному учету.

ЛИТЕРАТУРА

1. Prevention of postoperative venous thromboembolism: an update // Clagett G.P. Am. J. Surg. – 1994. – P.168.
2. Antitrombin III in patients with acute deep vein thrombosis during heparin treatment (subcutaneous and intravenous and during after treatment with oral coumarins) // Hull R.D., Raskob G.E., Rosenbloom D. [et al.] //Thromb. Res. – 1984. – Vol.34, № 4. – P.333-340.
3. Сравнительная оценка эффективности поли- и моновалентной антитромботической терапии тромбоза глубоких вен нижних конечностей /Баешко А.А., [и др.], // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2000. – Т.6, №2. – С.67-71.
4. Покровский А.В /Клиническая ангиология./ – М.: Медицина, 2004. – 1700с.
5. Савельев В.С /Флебология./ – М.: Медицина, 2001 – 659с.
6. Тромбоэмболия лёгочной артерии; Савельев В.С.-[и др.]. М.: Медицина, 1979. – 263с.
7. Шевченко Ю.Л /Основы клинической флебологии./ [и др.] - М.: Медицина, 2005. – 312с.
8. Венозная гипертензия в системе полых вен. /Стойко Ю.М., [и др.] - СПб., 2002. – 276с.
9. Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений: Рос. консенсус.- М., 2000. – 20с.
10. F. Collignon [et al.] // Thromb. Haemost.; A. Fridman – 1995.- Vol. 73 №4: - P. 630- 640.

TREATMENT OF DEEP VEIN THROMBOSIS OF LOWER EXTREMITIES

I.A.Suchkov, P.G.Shvalb

Deep vein thrombosis presents the most urgent problem for modern public health. The findings obtained at Ryazan Centre of Vascular Surgery are presented in the article along with the attempts to put in order the indications for conservative therapy, surgical treatment, prevention of deep vein thrombosis and for cava-filter implantation.