

КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Хасанов В.Р.,

Ташкентская Медицинская Академия.

✓ Резюме,

Статья посвящена изучению эффективности, непосредственных и отдаленных результатов, по данным УЗДСК, катетерно-аспирационной тромбэктомии, тромболиза и антиагрегантной терапии у больных с острым тромбозом вен нижних конечностей, поскольку в доступной литературе нет единого мнения о целесообразности проведения и результатах эндоваскулярных катетерно-аспирационной тромбэктомии и тромболиза при тромбозе вен нижних конечностей.

Ключевые слова: клиничко-ультразвуковые, острый тромбоз, нижние конечности, экстренная хирургия, риск, фактор.

БЕМОРЛАР ПАСТКИ ТОВОН ЧУҚУР ВЕНАЛАР ЎТКИР ТРОМБОЗИНИНГ КЛИНИК-УЛЬТРАТОВУШ ТАВСИФИ

Хасанов В.Р.,

Тошкент Тиббий Академияси.

✓ Резюме,

Мақола пастки тоvon ўткир вена тромбози бор беморларда УЗДСК маълумотлари асосида узлуксиз ва алоҳида катетерли-аспирацион тромбэктомия, антиагрегант ва тромболизис терапиянинг натижалари эффективлигини баҳолаб ўрганишга бағишланган, чунки ўрганиб чиқилган маълумотлар базасида катетерли эндоваскуляр аспирацион тромбэктомия ва пастки тоvon ўткир вена тромбозида тромболизиснинг мақсади ўтказилиши тўғрисида етарлича ҳамфикрлик маълумоти йўқ.

Калит сўзлар: клиник ва ультратовуш, ўткир тромбоз, пастки тоvon, шошилч жарроҳлик, хавф, омил.

CLINICAL AND ULTRASOUND CHARACTERISTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE THROMBOSIS OF DEEP LOWER EXTREMITY

Hasanov V.R.,

Tashkent Medical Academy, 100109, Uzbekistan Tashkent Farobi 2 <http://tma.uz/ru/>.

✓ Resume

The article is dedicated to the study of the effectiveness, immediate and long-term results, according to ultrasound examination, catheter-aspiration thrombectomy, thrombolysis and antiplatelet therapy in patients with acute vein thrombosis of the lower extremities, since there is no consensus in the available literature on the feasibility and results of endovascular catheter-aspiration thrombectomy and thrombolysis with thrombosis of the veins of the lower extremities.

Key words: clinical ultrasound, acute thrombosis, lower limbs, emergency surgery, risk, factor.

Актуальность

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) является на сегодня одним из самых актуальных проблем в медицине, так как несвоевременное лечение приводит к высокой смертности от тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА), ранней инвалидизации пациентов [1,4,8]. С учетом высокой распространенности, тенденции к рецидивированию, развитию осложнений высока стоимость лечения ТГВНК и, особенно, ТЭЛА [4]. Ведущими экспертами разных стран разрабатываются и обновляются рекомендации, в которых анализируются и обобщаются данные доказательной медицины, актуальные на момент их создания [2,9]. Однако литературные данные свидетельствуют об отсутствии в реальной клинической практике безоговорочного выполнения рекомендованных экспертами новых диагностических алгоритмов, медикаментозных и хирургических подходов для эффективной терапии и профилактики ТГВНК [3,10,13].

Самой очевидной причиной положительной динамики исходов у пациентов с ТЭЛА за годы проведения регистра было совершенствование диагностических подходов с использованием комбинации применения прогностических шкал, измерения уровня D-димера, а также мульти спиральная компьютерная ангиопульмонография. Еще одной причиной улучшения исходов пролеченных больных стала оптимизация антикоагулянтной терапии [6,7].

Цель исследования: Изучения клиничко-ультразвуковых характеристик лечения больных острым тромбозом глубоких вен нижней конечности.

Материал и методы

Нами были проанализированы результаты эндоваскулярного вмешательства у 34 больных с ТГВНК, находившихся на стационарном лечении во 2-й клинике Ташкентской медицинской Академии в период с 01.08.2016 по 01.02.2019 гг. 19 пациентов были женского,

14 пациентов - мужского пола в возрасте от 30 до 70 лет. Больные обратились на 3-8 сутки от начала заболевания с жалобами на отек и болезненность нижней конечности. Этиологические факторы включали следующие: послеоперационный период после ортопедической операции, вмешательства на органах брюшной полости, гормональная терапия и тромбозы идиопатического характера.

Все больные поступили в клиники в среднем 2 ± 4 сутки с начала симптоматики острого венозного тромбоза. Эндovasкулярные вмешательства произведены на 1-3 сутки с момента поступления. Разница окружности нижних конечностей в среднем составила: в средней трети голени $+3 \pm 5$ см; в средней трети бедра $+5 \pm 7$ см. Диагностический этап начинали с ультразвукового дуп-

лексного сканирования (УЗДС). Во время проведения УЗДС определялся уровень тромбоза и характер тромба. Нами использована классификация LET (Lower Extremity Thrombosis).

Результат и обсуждение

С целью выполнения поставленных задач исследования было обследовано 105 больных, проведен анализ результатов обследования и лечения больных острым тромбозом глубоких вен нижней конечности, получившие лечение в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники ТМА за период с 2014 по 2019 годы. Из 105 пациентов риск факторов был следующим (табл.5).

Табл. 5

Факторы риска

Фактор риска	Абс	%
Длительная иммобилизация	6	5,7
Травмы\переломы	7	6,6
послеродовый	7	6,6
послеоперационный	10	9,5
Гормональная терапия	14	13,3
Идиопатический характер	61	58

При поступлении больных проводился тщательный сбор жалобы, анамнеза заболевания и физикальный осмотр. Наиболее часто встречаемыми симпто-

мами являются отёк и боль в нижних конечностях, что показывает высокую диагностическую значимость (табл.6).

Табл. 6.

Клиническая картина ТГВНК при поступлении в клинику

Симптомы	Отёк	Боль	Цианоз	Судороги	Отсутствие симптомов
Абс	102	100	20	15	3
%	97,1	95,2	19	14,2	2,8

Данные симптомы служат первым признаком нарушения венозного оттока из нижней конечности

приводит к снижению КЖ пациентов с ТГВНК, воздействуя как на физическое функционирование человека дома и в обществе, так и на психологический статус.

Табл. 7.

Давность ТГВНК у пациентов при поступлении

Давность	1-3 день	4-7 день	7-10 день	11-14 день
Абс	48	31	16	10
%	45,7	29,5	15,2	9,5

Мы распределили пациентов в исследуемые группы по давности заболевания по двум клиническим признакам: отёк и боль в нижних конечностях (Таб.7). Отмечено, что количество больных с отёком постоянно при любой давности патологического процесса, а болевой синдром уменьшается во всех группах при увеличении срока заболевания, что обусловлено компенсаторной способностью венозных коллатералей. Сроки ТГВНК играют важную роль в течение заболевания и могут отразиться на эффективности антикоагуляции, фибринолиза и КЖ пациентов потому, что, если человек не испытывает боль в ногах, соответственно он может выполнять небольшую работу по дому, незначительные физические нагрузки,

а потому и меньше переживать за своё состояние. Для определения тактики лечения важным моментом является определение локализации и характера проксимальной границы тромба; для этого нами использована классификация LET.

1. Данная классификация удобна, так как отражает клинику заболевания, тактику эндovasкулярного метода лечения ТГВНК и профилактики при развитии ТЭЛА. 2. Характер проксимальной части тромба: флотирующий, окклюзионный и пристеночный.

3. Длина и диаметр флотирующей части тромба.

Распределение пациентов по группам, согласно этой классификации, представлено в таблице 8.

Распределение пациентов по уровню тромбоза

Классификация по локализации	Контрольная группа (55 больных)	Абс%	Основная группа (50 больных)	Абс%
1 класс			3	6 %
2 класс	5	9,0 %	4	8 %
3 класс	6	10,9 %	7	14 %
4-класс	5	9,0 %	4	8 %
2 класс + 3 класс	35	63,6 %	26	52 %
1класс + 2класс + 3класс	6	10,9 %	6	12 %

По классификации LET в контрольной и основной группах чаще встречается 2 класс с сочетанием 3 класса (тромбоз ПБВ, ОБВ, БГВ и подвздошных вен), меньшее количество 1 класса (тромбоз вен голени) и 4 класса (тромбоз НПВ на уровне ниже почечных вен) почти одинаково пациентов по группам; эти больные были выявлены интероперационно при кавографии на этапе установки кавафилтра. Распространённость указанных сегментов встречается наиболее часто с учётом клинической картины. Например, при тромбозе суральных вен отёк незначительный или

может отсутствовать за счёт проходимых вен-компенсаторов (ГБВ) или мощных коллатералей (в нашем исследовании это отмечено у 3 (6 %) пациентов), и диагноз можно установить только при инструментальных методах исследования. Тромбоз ОБВ и подвздошных вен характеризуется отёком голени и бедра, что приводит к немедленному обращению пациента за медицинской помощью и последующей госпитализации. По характеру верхушки тромба выделены группы: флотирующие, пристеночные и окклюзионные тромбы (табл. 9).

Табл. 9.

Характер проксимальной границы тромба в исследуемых группах (абсолютные и относительные величины)

Характер проксимальной части тромба	Контрольная группа (55 больных)	Основная группа (50 больных)
Флотирующий	7 (12,7 %)	11 (22 %)
Пристеночный	14 (25,4 %)	15 (30 %)
Окклюзионный	34 (61,8 %)	24 (48 %)

В 1 группе флотирующие тромбы отмечены у 7 (12,7 %) пациентов, во 2 группе - у 11 (22 %) пациентов. Окклюзионная форма в 1 группе - у 34 (61,8 %) пациента, во 2 группе - у 24 (48 %) пациентов. Пристеночные тромбы отмечены в 1 группе - у 14 (25,4 %) пациентов, во 2 группе - у 15 (30 %) пациентов.

Выводы

Таким образом, полученные клинические данные позволяют утверждать, что отёк и боль в нижних конечностях имеют высокую диагностическую значимость при подозрении на ТГВ. Это позволяет направить пациента на УЗДС, которое является не только диагностическим инструментом, но и показателем эффективности и тромбоаспирации, тромболизиса и длительности проводимой АКТ. Наиболее часто встречаются пациенты с тромбозом илеофemorального сегмента (сочетание 2 класс и 3 класс по классификации LET) и с тромбозом ГБВ, ПБВ и ПКВ (2 класс по классификации LET).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сулимов В.А., Беленцов С.М., Головина Н.И. и др. Распространённость и профилактика тромбоэмболий в клинической практике: российские результаты международного регистра

ENDORSE. //Клиническая фармакология и терапия. 2008; 17(3): 32-40.

- Хрыщанович В.Я., Климчук И.П., Калинин С. С., Турлюк Д.В., Роговой Н.А. Результаты применения локального катетерного тромболизиса у пациентов с илеофemorальным флeботромбозом// Военная медицина. 2018; 1: 77-82.
- Beyer-Westendorf J. et al. Venous thromboembolism prevention and treatment: expanding the rivaroxaban knowledge base with real-life data. //European Heart Journal Supplements. 2015; 17 (Suppl. D): D32-D41.
- Cohen A.T., Agnelli G., Anderson F.A. et al. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. //Thromb Haemost. 2007; 98 (4): 756-764.
- Heit J.A. Predicting the risk of venous thromboembolism recurrence. //Am J Hematol. 2012; 87(Suppl. 1): 63-67.
- Jimenez D., de Miguel-Diez J., Guijarro R. et al. Trends in the management and outcomes of acute pulmonary embolism analysis from the RIETE registry. //J Am Coll Cardiol. 2016; 67: 162-70.
- Khanna A.K., Singh S. Postthrombotic Syndrome: Surgical Possibilities. Thrombosis. 2012; 2012: 1-7.
- Konstantinides S.V., Torbicki A., Agnelli G. et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. 2014; 35: 3033-3080.

9. Konstantinides S.V. Trends in Pulmonary Embolism Outcomes. Are We Really Making Progress? // J. Am. Col. Cardiol. 2016; 67(2): 171-173.
10. Kyrle P.A., Rosendaal F.R., Eichinger S. Risk assessment for recurrent venous thrombosis // Lancet. 2010; 376(9757): 2032-2039.
11. Papadakis E. et al. DOACs dose adherence during initial and long term VTE management. Practical implications, findings from the RIETE registry. <http://www.gth2017.org/en/showAbstract/546>.
12. Schiro T.A., Sakowski J., Romanelli R.J. et al. Improving adherence to best-practice guidelines for venous thromboembolism risk assessment and prevention. Am. J. Health. Syst. Pharm. 2011; 68: 2184-2189.
13. Vedantham S.Z., Goldhaber J.A., Julian S.R., Kahn M.R., Jaff D.J., Cohen E., Magnuson M.K., Razavi A.J. et al. Pharmacomechanical Catheter-Directed Thrombolysis for Deep-Vein Thrombosis // New Engl. J. Med. 2017; 377(23): 2240-2252.

Поступила 10.03.2020