

Амбулаторное лечение глубоких венозных тромбозов нижних конечностей. Предварительное сообщение

Е. П. Бурлева, Н. В. Супрунова, Д. Ю. Евсеев, А. Д. Белова, Н. А. Кравченко

Резюме

Обобщен начальный опыт амбулаторного стандартизованного консервативного лечения 13 больных с тромбозами глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей. Дан протокол ведения пациентов и критерии их отбора лечения в амбулаторных условиях. Выявлено, что эффективное и безопасное амбулаторное лечение ТГВ возможно при условии выполнения стандартного протокола обследования пациентов с обязательным включением ультразвукового ангиосканирования. Соблюдение лечебного режима эластической компрессии в сочетании с применением низкомолекулярных гепаринов у больных с ТГВ позволяют в течение первого месяца добиться положительного клинического эффекта в 100% случаев с реканализацией тромбированных сегментов в 85,7% случаев.

Ключевые слова: глубокие венозные тромбозы, нижние конечности, амбулаторное лечение.

Введение

Взгляды на лечение тромбозов глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей менялись по мере накопления клинического опыта и внедрения новых лечебных технологий.

От периода активной хирургической тактики для тромбозов любой локализации [1–4] с течением времени хирурги перешли к более взвешенному дифференцированному подходу с выделением четких показаний для оперативного и медикаментозного лечения [5, 6]. После появления на фармацевтическом рынке низкомолекулярных гепаринов (НМГ) «чаша весов» склонилась в пользу приоритетно консервативного ведения данной категории пациентов.

Диагноз ТГВ традиционно относил больного к госпитальной группе. Движение хирургии к внедрению «стационар — замещающих» технологий привело к постепенному смещению акцентов в сторону возможного лечения таких больных в амбулаторных условиях. Значитель-

ный опыт, обобщенный зарубежными флебологами, показал, что амбулаторное лечение ТГВ является весьма практичным и высокоэффективным [7–10]. Поводом к госпитализации является лишь наличие у больного илеофemorального тромбоза, тромбоза в системе легочной артерии (ТЭЛА) и нестабильной гемодинамики [11]. Однако в нашей стране такой опыт до сих пор внедряется с большой осторожностью [12].

В указанной проблеме не до конца решенным для российских клиник является вопрос о выработке стандартизованных подходов к диагностике и лечению больных в амбулаторных условиях для создания наиболее благоприятных и безопасных условий ведения пациента. Основной целью настоящей работы является освещение данной проблемы с анализом первого опыта ведения пациентов с ТГВ в поликлиниках г. Екатеринбурга.

Материал и методы

Обобщен начальный опыт стандартизованного консервативного лечения и ведения 13 больных с ТГВ нижних конечностей, которое осуществлялось в двух крупных поликлиниках города. Среди пациентов в равной степени были представлены мужчины (7 больных) и женщины (6 больных) различных возрастных категорий. Средний возраст больных составил $55,2 \pm 14,3$ лет. При первом визите больного учитывались и анализировались жалобы, проводилось классическое клиническое обследо-

Бурлева Елена Павловна — гл. хирург Управления здравоохранения администрации г. Екатеринбурга, доктор медицинских наук.

Супрунова Наталья Владимировна — зав. амбулаторным хирургическим отделением ЦГБ № 7.

Евсеев Дмитрий Юрьевич — врач-хирург поликлиники ГБ № 7.

Белова Алла Дмитриевна — зав. амбулаторным хирургическим отделением ЦГБ № 2.

Кравченко Николай Алексеевич — врач ультразвуковой диагностики МЦ «Олмед».

ние с выявлением объективных симптомов острой венозной недостаточности конечности, проводился дифференциальный диагноз с альтернативными состояниями (иные заболевания вен, отеки невенной этиологии, остеоартроз тазобедренных или коленных суставов, рожистое

воспаление, гематома). Диагноз ТГВ формулировался на основании клинических данных и фиксировался в амбулаторной карте пациента. Далее тактика врача строилась на основании разработанного протокола ведения пациента с венозными тромбозами (схема 1).

ПРОТОКОЛ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ (схемы)

Острые состояния, возможные для лечения в условиях амбулаторного этапа

1. Поверхностные тромбофлебиты верхних и нижних конечностей (во все периоды диагностики осложнения).

2. Глубокие венозные тромбозы:

- солеус-тромбозы (с 1-х до 14-х суток);
- окклюзионные тромбозы голенного, голено-подколенного и подколенно- бедренного сегментов (до перехода в наружную подвздошную вену) (с 1-х до 28-х суток).

NB! Дополнительные факторы:

- возможность проведения в амбулаторных условиях 5-дневного курса инъекций силами самого пациента (родственниками, медицинской сестрой);
- приверженность пациента к проведению лечения (отсутствие психических отклонений, возможность самообслуживания или компетентного постороннего ухода).

Острые состояния, требующие направления больного из поликлиники в стационар

1. Восходящий поверхностный тромбофлебит нижней конечности.

2. Флотирующие тромбозы в голенном, голенно-подколенном, подколенно-бедренном, илиокавальном венозных сегментах.

3. Симптомы ТЭЛА.

4. Глубокий венозный тромбоз на фоне беременности или терапии эстрогенами.

5. Глубокий венозный тромбоз на фоне диагностированных врожденных и/или приобретенных коагулопатий.

6. Глубокий венозный тромбоз на фоне травматических повреждений стационарного профиля (скелетная, черепно-мозговая и/или спинальная, полостная, ожоговая).

7. Глубокий венозный тромбоз на фоне тяжелой соматической патологии с нестабильным течением (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, системные коллагенозы, онкологические заболевания).

8. Дополнительные факторы риска: гемор-

рагический инсульт в анамнезе, гематурия или недавнее желудочно-кишечное кровотечение, уровень гемоглобина менее 80 г/л или тромбоцитопения, травма в предшествующие 2 недели, хирургическое вмешательство в предшествующие 2 недели, уровень сывороточного креатинина более 200 мкмоль/л, печеночная недостаточность.

Состояния, требующие долечивания в условиях амбулаторного этапа

1. Состояние после флебэктомии (или флебэктомии + тромбэктомии) по поводу восходящего тромбофлебита.

2. Флотирующие тромбозы в голенном, голенно-подколенном, подколенно-бедренном и илиокавальном венозных сегментах (при условии установки кава-фильтра или проведении пликаций в системе нижней полой вены).

3. Долечивание венозного тромбоза после эндопротезирования тазобедренного (коленного) сустава.

4. Долечивание венозного тромбоза на фоне беременности или терапии эстрогенами.

5. Глубокий венозный тромбоз на фоне диагностированных врожденных и/или приобретенных коагулопатий.

6. Глубокий венозный тромбоз на фоне травматических повреждений стационарного профиля.

7. Глубокий венозный тромбоз на фоне тяжелой соматической патологии с нестабильным течением.

Диагностическая тактика хирурга при амбулаторном ведении ТГВ

1. Клинический осмотр — в 1-ый, 5-ый дни, далее не реже 1 раза в 10 дней.

2. Ультразвуковое исследование (УЗИ) — при клиническом установлении диагноза (1-ый раз) и после окончания лечения прямыми антикоагулянтами (2-ой раз).

3. Исследование международного нормализованного отношения (МНО) (при переходе на непрямые коагулянты, далее 1 раз в месяц).

4. Ангиография (при выявленном на УЗИ флотирующем тромбозе).

Лечебная тактика амбулаторного хирурга

I. Моновариантное амбулаторное консервативное лечение:

- отсутствие клинических и ультразвуковых симптомов прогрессирования венозного тромбоза;

- наличие адгезивного процесса в вене.

Длительность — до 28 дней.

II. Консервативное лечение после оперативного вмешательства в стационаре.

Длительность — по показаниям.

Лечебная схема

1. Эноксапарин натрия (клексан) в дозе 1,5 мг/кг/сут в течение первых 5–7 дней подкожно в переднюю брюшную стенку в положении сидя или лежа.

2. Варфарин (с 5-х до 28-х суток) в дозе: начальная — 2,5 мг/сут, далее индивидуальная доза до 28 дней (МНО — 2,5–3,0).

3. Эластическая компрессия: бинты или эластический трикотаж II функционального класса (длительность 2–3 мес.).

4. Ходьба не менее 4 000 шагов в сутки (с 1-ых суток).

Варианты продолжительности лечения непрямыми антикоагулянтами

От 6 недель до 3-х месяцев:

- симптомные солеус-тромбозы;
- постоперационные ТГВ без других факторов риска.

От 3 до 6 месяцев:

- наличие выявленных (неустраняемых) факторов риска, развитие ТЭЛА;

- врожденные коагулопатии.

По крайней мере 6 месяцев:

- идиопатическая ТЭЛА.

До 12 месяцев:

- рецидивирующая ТЭЛА без выясненной причины;

- первый эпизод при наличии: онкологического заболевания; врожденных коагулопатий; антифофолипидного синдрома или других приобретенных коагулопатий.

Критерии эффективности проводимого лечения

1. Регресс клинической симптоматики (болевой синдром, отек, тяжесть) со стороны нижней конечности.

2. Положительные изменения ультразвуковой картины (рассасывание и/или реканализация тромба, признаки его уплотнения и дополнительного прикрепления к венозной стенке).

Кроме протокола для удобства ведения больных с ТГВ была разработана специальная карта пациента, которая вкладывалась в амбулаторную историю болезни.

Всем пациентам в стандартные сроки, указанные в протоколе, проведено ангиосканирование на ультразвуковой системе LOGIQ-5, оснащенной линейным датчиком 5–10 МГц и конвексным датчиком 2–5 МГц. Режим сканирования — В (дуплексное сканирование) с применением цветного доплеровского картирования.

Анализ полученных результатов проведен с применением стандартной статистики.

Результаты и их обсуждение

При анализе данных выявлено, что факторы риска развития венозных тромбозов были разнообразными: в 3-х случаях — сердечно — сосудистые заболевания, в 4-х — варикозная болезнь с наличием признаков поверхностного тромбофлебита, у 2-х больных было указание на перенесенную травму, онкологическую патологию имел 1 пациент. В 3-х случаях причин для развития тромбоза выявлено не было.

Основная часть пациентов ($n = 12$) на приеме у амбулаторного хирурга предъявляла жалобы на незначительные боли в икроножных мышцах и появление умеренного отека одной из нижних конечностей. При этом, в первые 7 суток от момента появления симптомов заболевания обратились 3 больных, в первые 14 дней — 7 и в сроке более 14 дней — 3 пациента.

Разницы в частоте развития тромбоза справа и слева не обнаружено (справа — 6 случа-

ев, слева — 7). После клинического и ультразвукового исследования указывалась протяженность тромбоза и определялась его верхняя граница. Диагноз голенно — подколенного тромбоза был установлен в 4 — случаях, голенно — подколенно — бедренного — в 6-ти и подвздошно-бедренного — в 3-х.

Основную роль в выборе стратегии лечения пациента играло ультразвуковое ангиосканирование, которое выполнялось в 1–2 сутки с момента обращения пациента к амбулаторному хирургу. При обследовании у 2-х больных с клиникой илеофemorального венозного тромбоза выявлена «флотация» тромба в бедренном (рис. 1 цветной вкладки) или илеокавальном сегменте, что послужило причиной экстренной госпитализации пациентов с проведением каватерии и установкой кав-фильтров.

Немаловажными моментами, которые также определяли организацию лечения больных

в поликлинике, были также ситуации первичного выявления венозного тромбоза в условиях неспециализированного стационара (2 случая), а также обращение больных по поводу отека нижней конечности сразу в приемный покой с последующим лечением в хирургических отделениях (3 случая). Таким образом, 5 пациентов анализируемой группы в течение первых 7-14 дней ТГВ получили консервативную терапию в условиях стационара. Тем не менее, осмотр врача поликлиники и данные УЗИ указали на отсутствие каких либо признаков регресса тромботического процесса. Поэтому указанные пациенты в амбулаторных условиях начинали курс лечения эноксапарином в дозе, предусмотренной протоколом.

Остальные 6 больных с явлениями ТГВ ниже пупартовой связки (4 — голенно-подколенный и 2 — подколенно-бедренный) весь курс терапии прошли в амбулаторных условиях.

Затруднений с выполнением назначений врача (эластическая компрессия конечностей, инъекции эноксапарина) не отмечено. Инъекционное лечение больные среднего возраста проводили сами, пожилым пациентам данный вид процедур проведен ближайшими родственниками. Регламент ходьбы не выполнен только 2-мя больными (1 — в возрасте старше 80 лет, 1 — после перенесенной комбинированной травмы).

Результаты лечения через 1 месяц обобщены у 11 больных. Выявлено существенное изменение субъективной симптоматики — купирование чувства тяжести и «распирания» со стороны конечности у всех больных. При объективном осмотре уменьшение отека на уровне голени при голенно-подколенном тромбозе в среднем на $1,5 \pm 0,5$ см, при голенно-подколенно-бедренном тромбозе уровне бедра в среднем на $3,3 \pm 0,6$ см и на уровне голени в среднем на $1,1 \pm 0,5$ см.

При контрольном УЗИ через 1 месяц (7 пациентов с ТГВ ниже пупартовой связки) были выявлены следующие тенденции. Частичная или полная реканализация ранее тромбированных сегментов на уровне: берцовых вен в 5 из 5 случаев, синусов икроножных мышц, подколенной вены и поверхностной бедренной вены — в 6 из 7 случаев, общей бедренной вены — в 3-х из 3-х случаев. Оклюзионный процесс на уровнях синусов икроножных мышц, подколенной

и поверхностной бедренной вены наблюдался только у 1 пациента. Полученные данные демонстрируют рис. 2 и 3 цветной вкладки.

Выводы

1. Эффективное и безопасное амбулаторное лечение глубоких венозных тромбозов возможно при условии выполнения стандартного протокола обследования пациентов с обязательным включением ультразвукового ангиосканирования.

2. Соблюдение лечебного режима эластической компрессии в сочетании с применением низкомолекулярных гепаринов у больных с глубокими венозными тромбозами позволяют в течение первого месяца добиться положительного клинического эффекта в 100% случаев с реканализацией тромбированных сегментов в 85,7% случаев.

Литература

1. Покровский А. В., Клионер Л. И., Апсаров Э. А. Пластические операции на магистральных венах. Алма-Ата: Казахстан, 1977; 172.
2. Шалимов А. А., Сухарев И. И. Хирургия вен. Киев: Здоров'я; 1984; 256.
3. Климов В. Н., Конохов С. Г., Ермолаев В. Л. Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз. Свердловск: Средне-Уральское книжное издательство; 1979; 205.
4. Дайджрис Й. П. Болезни вен и лимфатической системы конечностей. М.: Медицина; 1984; 192.
5. Савельев В. С. Послеоперационные венозные тромбозы-большинство осложнений: фатальная неизбежность или контролируемая опасность. Хирургия. 1999; 6: 60-63.
6. Флебология: Руководство для врачей / Под ред. В. С. Савельева. М.: Медицина; 2001; 664.
7. Gerlach H. E., Blattler W. Introducing controlled outpatient management of deep venous thrombosis: a feasibility study with 827 patients. Phlebologie. 2002; 31: 77-84.
8. Blattler W., Borer M., Linder C., Bergan J. Outpatient and conventional treatment of acute deep-vein thrombosis evaluated in a controlled single-center study. Phlebologie. 1998; 51(1): 33-39.
9. Frank O., Blattler W. Vergleich von ambulanter und stationärer Behandlung der akuten tiefen beinvenenthrombose: subjektive und ökonomische Aspekte. Schweiz. Med. Wochenschr. 1998; 128: 1328-33.
10. Partsch H., Blattler W. Compression and walking versus bed rest in the treatment of proximal deep venous thrombosis with low molecular weight heparin. J. Vasc. Surg. 2000; 32: 861-9.
11. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. М.: ГЭОТАР- К49 Медиа; 2005; 928.
12. Садов С. В., Романовский А. В. Амбулаторное лечение онкологических больных с тромбозом глубоких вен голени. VI конф. Ассоциации флебологов России; 2006; 23-25 мая: 47.

Рисунок 1. Флотирующий тромбоз левой общей бедренной вены

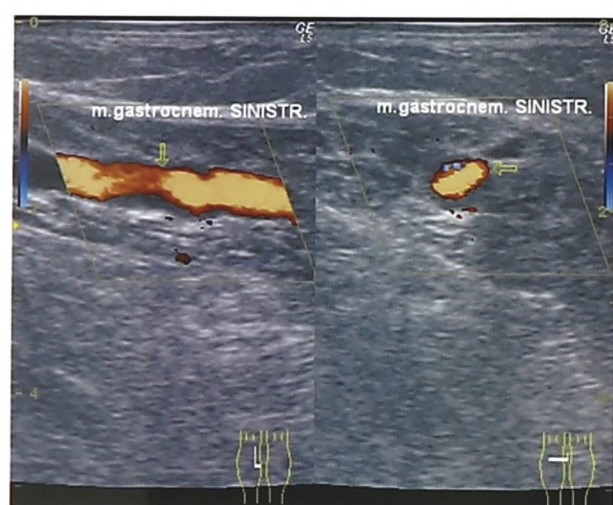
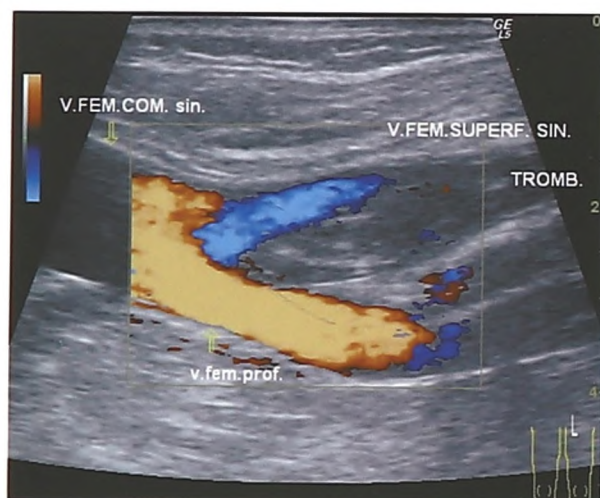
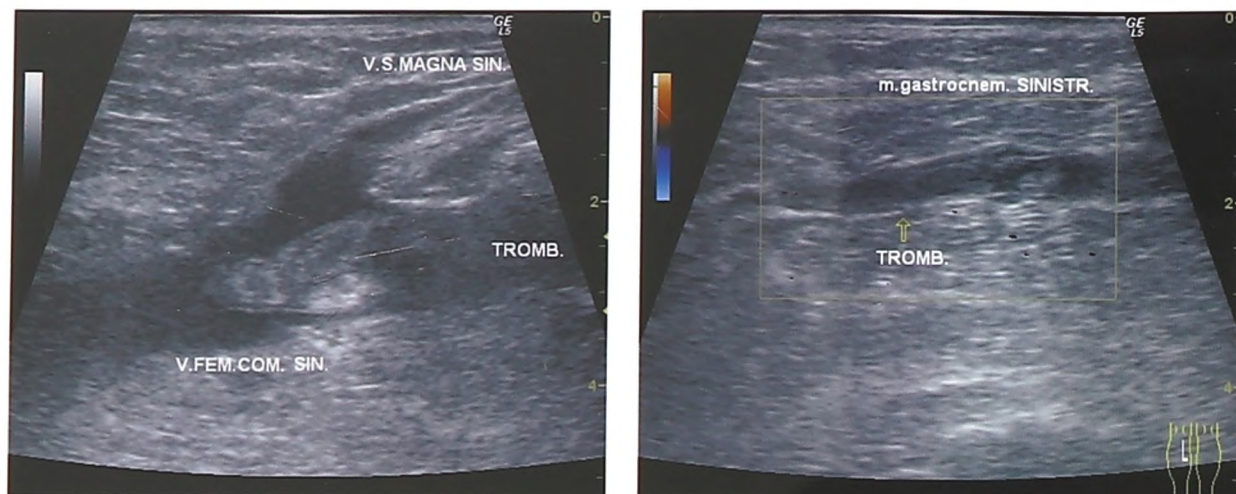


Рисунок 2. Окклюзионный тромбоз правой подколенной вены у пациентки Р., 53 лет (3-и сутки заболевания)

Рисунок 3. Тромбоз подколенной вены в стадии реканализации у пациентки Р., 53 лет (через 1 месяц лечения)

