

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

© Коллектив авторов, 2011  
УДК 616.14-005.6/7

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ  
С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

*Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, М.В. Наружный*

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Рязань

В данной статье представлены результаты диспансерного наблюдения пациентов с венозными тромбоэмболическими осложнениями. Все пациенты принимались на диспансерный учёт после стационарного лечения в отделении сосудистой хирургии. В группе пациентов с тромбозом глубоких вен 101 пациент был пролечен консервативно, 90 пациентам помимо стандартной терапии был имплантирован постоянный кава-фильтр «Корона» и 74 пациентам была произведена резекция магистральной вены. У 28% пациентов в анамнезе имела место тромбоэмболия легочной артерии.

Всего у 3,9% пациентов после консервативной терапии без хирургической профилактики ТЭЛА за период диспансерного наблюдения имели место эпизоды тромбоэмболии легочной артерии. Как показал сравнительный анализ, после хирургических методов профилактики в 2 раза чаще развивается тромботический процесс в глубоких венах контралатеральной конечности. Согласно результатам исследования динамический контроль за пациентом, своевременный контроль и коррекция терапии позволили существенно повысить эффективность лечения и снизить количество осложнений. Рациональные лечебная и реабилитационная программы, подобранные индивидуально, в каждом конкретном случае венозного тромбоэмболического осложнения, позволяют эффективно воздействовать на тромботический процесс, препятствуют рецидиву заболевания, способствуют восстановлению пациентом социальной и бытовой активности.

*Ключевые слова:* диспансерное наблюдение, тромбэмболия, тромбэмболические осложнения, венозные тромбозы, хирургическая профилактика, реабилитационные программы.

Важной составляющей лечения любого заболевания является диспансеризация. Постоянное наблюдение повышает приверженность пациентов терапии (комплаентность), снижает вероятность применения методов, эффективность которых не выдерживает критики с позиций доказательной медицины.

Создание эффективной системы лечения, реабилитации и диспансеризации больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями является одной из наиболее актуальных проблем сосудистой

хирургии. Это связано с постоянно растущим количеством венозных тромбозов и тромбоэмболии легочной артерии, которая достигает 160 случаев на 100 000 населения в год [1, 2]. По данным Савельева В.С. частота первых эпизодов тромбоза вен среди населения в целом составляет 2-4 случая на 1000 человек в год [3]. При неадекватности лечения тромбоза вен нижних конечностей риск легочной эмболии у больных илиофemorальным венозным тромбозом значительно возрастает [4, 5]. Одним из путей решения проблемы

венозных тромбоэмболических осложнений является диспансеризация данных пациентов с внедрением в амбулаторную практику комплекса реабилитационных мероприятий, проведение которых показано всем больным, перенесшим тромбоз.

Цель исследования: оценить эффективность диспансеризации в снижении последствий перенесенного тромбоза глубоких и подкожных вен нижних конечностей и частоту развития осложнений.

### Материалы и методы

В клиники ГОУ ВПО РязГМУ Минздрава России в период с 2008 по 2010 гг. на диспансерный учёт принято 265 пациентов, перенесших тромбоз глубоких вен нижних конечностей и 65 пациентов, перенесших тромбоз подкожных вен нижних конечностей пролеченных консервативно. Мы намеренно не включили в данное исследование пациентов с

тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей, которым проводилась хирургическое лечение, так как большинство данных пациентов в дальнейшем проводилась венэктомия и оценивать эффективность диспансеризации данных группы больных необходимо по другим критериям, нежели пациентов перенесших тромбоз вен нижних конечностей.

Все пациенты принимались на диспансерный учёт после стационарного лечения в отделении сосудистой хирургии. В группе пациентов с тромбозом глубоких вен 101 пациент был пролечен консервативно, 90 пациентам помимо стандартной терапии был имплантирован постоянный кава-фильтр «Корона» и 74 пациентам была произведена резекция магистральной вены, (таб.1.). У 28% пациентов в анамнезе имела место тромбоэмболия легочной артерии. Мужчин было 64,45%, женщин 35,55%. Возраст больных колебался от 18 до 82 лет.

Таблица 1

*Структура лечения больных с тромбозом глубоких вен*

| Вид лечения | Консервативная терапия | Имплантация кава-фильтра | Резекция магистральной вены | Итого |
|-------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------|
| Количество  | 101                    | 90                       | 74                          | 265   |
| %           | 38,2                   | 33,9                     | 27,9                        | 100   |

Основные направления комплексной реабилитационной программы при тромбозах глубоких вен были следующие:

- 1) Надежная профилактика рецидива заболевания.
- 2) Компенсация венозного оттока и предотвращение прогрессирования посттромбофлебитического синдрома.
- 3) Социальная адаптация пациента с сохранением им привычного уровня качества жизни.

Базисная фармакотерапия у пациентов, перенесших венозный тромбоз основывалась на проведении антикоагулянтной терапии варфарином с подбором адекватной дозы препарата. Контроль осуществлялся с помощью определения Между-

народного нормализованного отношения (МНО). Целевое значение МНО в интервале от 2,0 до 3,0. Частота определения при подборе дозы варфарина каждые 2-3 дня, при стабилизации дозы 1 раз в 2 недели, затем 1 раз в 4 недели. Продолжительность приема непрямым антикоагулянтов составляла не менее 6 мес., а у пациентов с имплантированным кава-фильтром – пожизненно.

Для оказания флебопротективного действия назначались венотонизирующие препараты (анавенол, детралекс, троксерутин, антистакс и др.) курсами по 3 месяца 2 раза в год в соответствующих дозировках.

Для ускорения потока крови необходимы периодические сокращения мышц нижних конечностей. С этой целью всем

пациентам рекомендовался активный двигательный режим с ограничением статического пребывания в вертикальном положении.

Важным компонентом, улучшающим результаты лечения, является адекватная, постоянная эластическая компрессия. Компрессионное лечение назначалось на длительный, а в ряде случаев даже пожизненный срок всем больным, перенесшим ТГВ. При этом использовались специальные эластические бинты ограниченной степени растяжимости или медицинский компрессионный трикотаж.

### Результаты и их обсуждение

Результаты лечения и диспансерного наблюдения больных прослежены в срок наблюдения до 4 лет. Анализ полученных результатов во всех группах проводили по одинаковым показателям:

1. Наличие эпизода тромбоэмболии легочной артерии или её рецидива;
2. Рецидив тромбоза вен на этой же или контралатеральной, ранее интактной конечности;

3. Прогрессирование тромбоза выше уровня резекции магистральной вены или тромбоз кава-фильтра.

Как показал сравнительный анализ (табл.2.), количество рецидивов тромбоэмболии легочной артерии в отдаленном периоде гораздо ниже после имплантации кава-фильтра (2,2%). Следует отметить, что около половины рецидивов ТЭЛА после резекции магистральной вены обусловлено развитием венозного тромбоза в контралатеральной конечности.

Всего у 3,9% пациентов после консервативной терапии без хирургической профилактики ТЭЛА за период диспансерного наблюдения имели место эпизоды тромбоэмболии легочной артерии, что потребовало повторной госпитализации в отделение сосудистой хирургии и проведения хирургической профилактики повторных эпизодов ТЭЛА.

Эти данные позволяют говорить о нежелательности рутинного подхода к профилактике тромбоэмболических осложнений с помощью хирургических или рентгеноэндоваскулярных методов всем больным с тромбозом глубоких вен, без оценки и учета эмбологичности тромба.

Таблица 2

### Рецидив тромбоэмболии легочной артерии

| Лечение            | 1                           | 3                        | 4                      |
|--------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|
|                    | Резекция магистральной вены | Имплантация кава-фильтра | Консервативная терапия |
| Количество больных | 3                           | 2                        | 4                      |
| %                  | 4±1,7*                      | 2,2±1,2*                 | 3,9±1,8*               |

\* $p < 0,05$ .

Следующие признаки, по которым мы проводили сравнительный анализ это развития тромбоза выше уровня резекции магистральной вены и развитие синдрома нижней полой вены после имплантации

кава-фильтра. Как видно из таблицы 3, количество окклюзий нижней полой вены после имплантации кава-фильтра больше, чем количество прогрессирования тромбоза выше резекции магистральной вены в несколько раз.

Таблица 3

**Прогрессирование тромбоза выше уровня резекции или синдром нижней полой вены**

| Вид операции       | 1            | 2                        |
|--------------------|--------------|--------------------------|
|                    | Резекция СБВ | Имплантация кава-фильтра |
| Количество больных | 2            | 12                       |
| %                  | 2,7±0,5*     | 13,3±3,6*                |

\* $p < 0,05$

Как показал сравнительный анализ (табл. 4), после хирургических методов профилактики в 2 раза чаще развивается тромботический процесс в глубоких венах контралатеральной конечности. И если больные после имплантации кава-фильтра защищены от легочной эмболии из глубо-

ких вен другой нижней конечности, то больные, которым не проводилась имплантация кава-фильтра ли после резекции магистральной вены этой защиты не имеют. Поэтому этим пациентам необходимо динамическое УЗ наблюдение не реже 2 раз в год.

Таблица 4

**Рецидив тромбоза вен на этой же или контралатеральной, ранее интактной конечности**

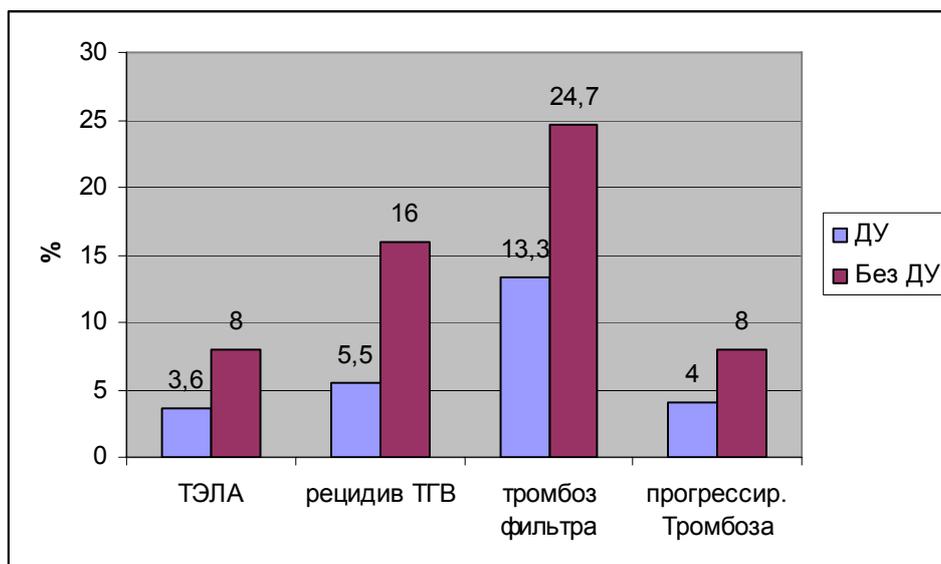
| Вид операции       | 1            | 2                      | 3                        |
|--------------------|--------------|------------------------|--------------------------|
|                    | Резекция СБВ | Консервативная терапия | Имплантация кава-фильтра |
| Количество больных | 4            | 5                      | 4                        |
| %                  | 5,4±2,6*     | 5,5±2,4*               | 3±0,24*                  |

\* $p < 0,05$ .

Резюмируя результаты наблюдения пациентов, перенесших тромбоз глубоких вен хотелось бы отметить, что нет идеального метода профилактики тромбоза эмболии легочной артерии. Считаем, что применение того или иного метода профилактики определяется локализацией венозного тромбоза, наличием предрасполагающих факторов. Нельзя не отметить, что по сравнению с имплантацией кава-фильтра резекционные методы профилактики ТЭЛА не требуют наличия специализированного оборудования и могут быть выполнены в условиях любого хирургического стационара.

Нами проведён ретроспективный анализ отдаленных результатов лечения пациентов перенесших венозный тромбоз глубоких вен которые по различным причинам не находились на диспансерном

наблюдении. Критерии оценки результатов были идентично, что и в группе диспансерного наблюдения. После выписки из стационара пациенты получали весь спектр рекомендаций по реабилитации и медикаментозной поддержки. Контроль за выполнением рекомендаций сосудистого хирурга данных при выписки осуществлялся самим пациентом или хирургом поликлиники по месту жительства. Как удалось установить, лишь 40% пациентов принимали варфарина и лишь треть из них определяли МНО и осуществляли подбор дозы. Сравнительный анализ показал, что динамический контроль за пациентом, своевременный контроль и коррекция терапии позволили существенно повысить эффективность лечения и снизить количество осложнений (рис. 1).



**Рис. 1.** Сравнительная оценка отдаленных результатов, пациентов перенесших тромбоз глубоких вен, находившихся под диспансерным наблюдением (ДУ) и без наблюдения сосудистого хирурга

Группа из 65 пациентов, пролеченных консервативно по поводу тромбофлебита подкожных вен голени в бассейне V.S.M. (без показаний к оперативному лечению), прослежена диспансерным наблюдением на срок до 3 лет. Консервативная терапия традиционно включала назначение различных местных форм гепарина (гепариновая мазь, гепатромбин, лиотон 1000 гель), НПВС-содержащих гелей (вольтарен-гель, нимулид-гель), пероральных форм ацетилсалициловой кислоты в антиагрегантной дозировке (тромбо-АСС 100 мг, кардиомагнил 75 мг 1 раз в сутки), эластической компрессии конечности (эластический бинт или трикотаж). Средний возраст пациентов включённых в группу составил 51,3 года, по гендерному признаку преобладали женщины (42 пациентки – 64,6%). В процессе активного диспансерного наблюдения оценивались, в том числе развитие онкологических заболеваний, кардиальной патологии, значимых интеркуррентных заболеваний. У пяти пациентов были выявлены злокачественные новообразования различной локализации: 1 рак

желчного пузыря, 2 злокачественных новообразования тела матки, 1 рак молочной железы, 1 рак сигмовидной кишки. Также развились 3 нефатальных инфаркта миокарда, 6 острых нарушений мозгового кровообращения. Из клинических проявлений венозной патологии выявлен рецидив тромбофлебита подкожных вен, потребовавший хирургического лечения в 4 случаях (6,1%), тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей в 7 случаях (10,8%), пролеченных консервативно у 6 больных. У одного пациента с ТГВ развилась ТЭЛА, в связи с чем, для профилактики повторных эмболий был имплантирован кава-фильтр. В течение 5 лет погибли 5 пациентов (1 острый панкреатит, 3 сердечных смерти, 1 ОНМК).

### Выводы

1. Диспансерный учёт существенно повышает комплаентность пациента к лечению и позволяет улучшить результаты лечения и снизить частоту осложнений.

2. Рациональные лечебная и реабилитационная программы, подобранные индивидуально, в каждом конкретном случае венозного тромбоэмболического осложнения, позволяют эффективно воздействовать на тромботический процесс, препятствуют рецидиву заболевания, способствуют восстановлению пациентом социальной и бытовой активности.

#### Литература

1. Clagett G.P. Prevention of postoperative venous thromboembolism: an update / G.P. Clagett // Am. J. Surg. – 1994. – P. 168.
2. Покровский А.В. Клиническая ангиология / А.В. Покровский. – М.: Медицина, 2004. – 1700 с.
3. Савельев В.С. Флебология / В.С. Савельев. – М.: Медицина, 2001 – 659 с.
4. Основы клинической флебологии / Ю.Л. Шевченко [и др.]. – М.: Медицина, 2005. – 312 с.
5. Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений: Российский консенсус. – М., 2000. – 20 с.

### DISPENSARY MANAGEMENT OF PATIENTS WITH VENOUS THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS

*R.E. Kalinin, I.A. Suchkov, M.V. Narizhniy*

**This article represents the results of dispensary management of patients with venous thromboembolic complications. All the patients were admitted to the dispensary after discharge from vascular surgery department. Deep venous thrombosis group included 101 patients who underwent conservative treatment, 90 patients who received both conservative treatment and implantation of permanent vena cava filter «Corona», and 74 patients who underwent resection of a main deep vein. 28% patients had anamnestic pulmonary thromboembolism (PTE).**

**Only 3.9% patients who underwent conservative treatment without surgical prophylaxis of PTE had recurrent thromboembolism of pulmonary artery during the period of dispensary management.**

**Comparative analysis revealed a 2-times higher incidence of deep venous thrombosis in contralateral extremity after surgical methods of prophylaxis.**

**According to the research results, dynamic observation of patients as well as timely control and correction of therapy allowed to significantly improve the efficacy of treatment and reduce the number of complications.**

**Efficient programs of treatment and rehabilitation developed individually for each patient with venous thromboembolic complications allow for the effective treatment of thrombosis, impediment of the recurrence, and improvement of patient's quality of life.**

***Key words:* medical check-up, thromboembolism, thromboembolic complications, venous thrombosis, surgical prophylaxis, rehabilitation programs.**

Калинин Роман Евгеньевич – д-р мед. наук, доц., проф. кафедры ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии ГОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России, г. Рязань.

E-mail: Kalinin-re@yandex.ru.