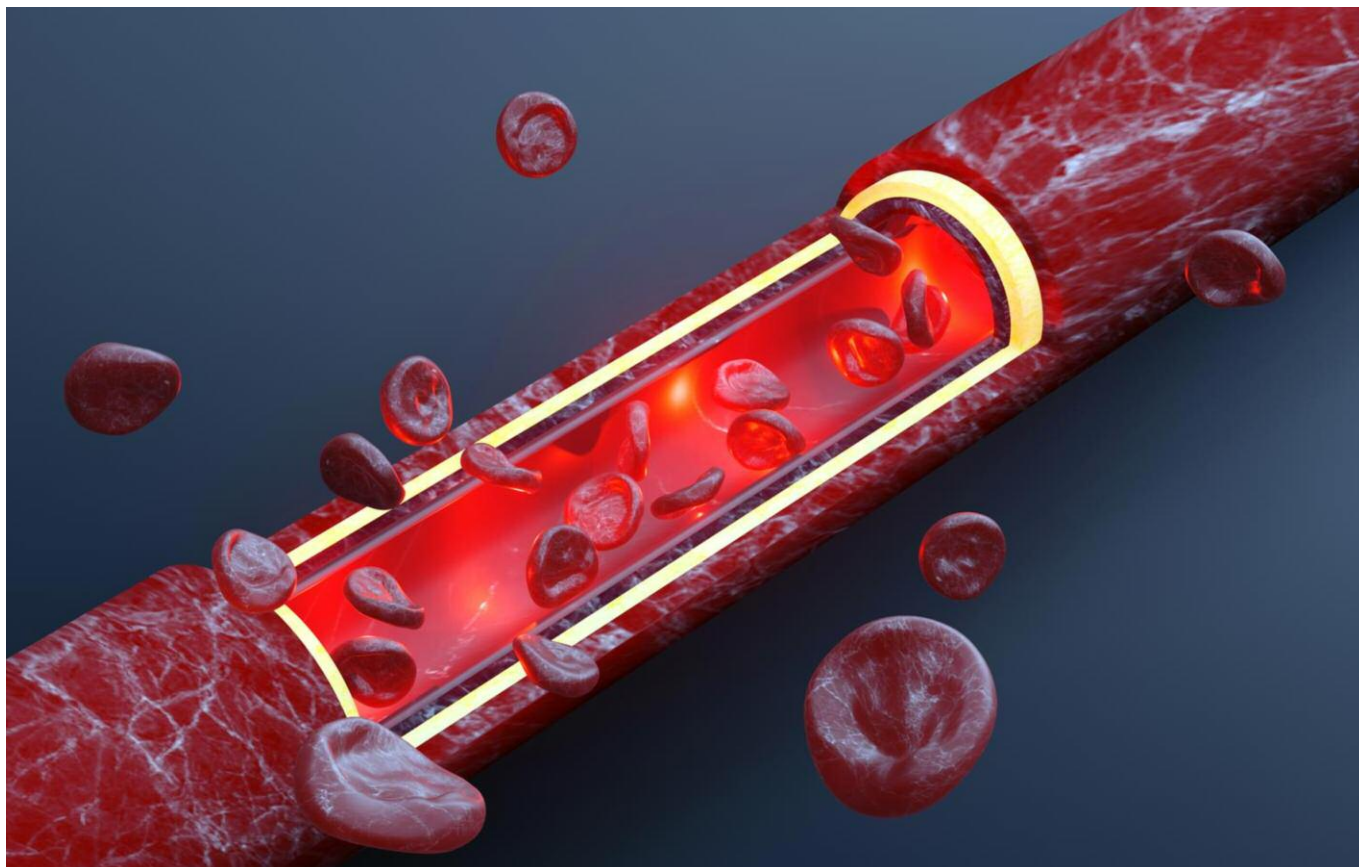


Ведение пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Возможности врача амбулаторного звена



На амбулаторном приеме клиницисты иногда сталкиваются с тромбозом глубоких вен (ТГВ): ситуация развивается у 1–3 из 1 тыс. человек. Состояние чревато развитием тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) или посттромботического синдрома (ПТС), поэтому пугает не только врачей стационаров, но и специалистов амбулаторно-поликлинического звена. Они, опасаясь развития фатальных осложнений, как правило, экстренно госпитализируют таких пациентов в стационар для оценки тромбоземболической опасности и проведения антикоагулянтной терапии.

Современные методы диагностики (например, компрессионная ультрасонография) позволяют достоверно выявлять и наблюдать пациентов с ТГВ, локализованным ниже паховой складки. Данные научной литературы показывают, что рост тромба в проксимальном направлении первые 2 нед отмечается лишь у 15% больных, а клинически манифестирующие формы ТЭЛА при ТГВ дистальной локализации встречаются только в 1–2% случаев. В связи с этим не все больные с ТГВ нуждаются в госпитализации и иммобилизации (что, к слову, наоборот может увеличить риск ТЭЛА и дальнейшее нарастание уровня тромбоза) и могут проходить долечивание или даже полный курс терапии амбулаторно [1].

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

- Тромбоз глубоких вен нижних конечностей – формирование одного или нескольких тромбов в пределах глубоких вен нижних конечностей.
- Флеботромбоз – первичный тромбоз вен нижних конечностей с непрочной фиксацией тромба к стенке вены. Термин часто используют для обозначения поражения глубоких вен.
- Тромбофлебит – вторичный тромбоз, обусловленный воспалением внутренней оболочки вены с прочной фиксацией тромба к стенке сосуда (реже вызывает осложнения). Понятие указывает на локализацию тромботического процесса в подкожных венах.

Коды по МКБ-10 [2]

- I80 – Флебит и тромбофлебит.
- I80.1 – Флебит и тромбофлебит бедренной вены.
- I80.2 – Флебит и тромбофлебит других глубоких сосудов нижних конечностей.
- I80.2 – Флебит и тромбофлебит нижних конечностей неуточненный.

Главные пусковые механизмы внутрисосудистого образования тромбов описал немецкий врач Рудольф Людвиг Карл Вирхов: изменение свойств крови (состояние гиперкоагуляции), травма стенки сосуда (повреждение эндотелия) и замедление тока крови (стаз).

Кроме того, тромбообразование изменяется при некоторых онкозаболеваниях (солидные опухоли и миелопролиферативные заболевания), во время беременности и в послеродовой период, при остром инфаркте миокарда, сердечной недостаточности, инсульте, ожирении, при приеме некоторых препаратов, в возрасте старше 40 лет, у курящих [3].

Клиническая картина ТГВ складывается из следующих жалоб [3]:

- отек голени или всей нижней конечности;
- боль или болезненность в покое;
- боль в икроножной мышце при ходьбе;

Сочетание боли или болезненности с отеком существенно повышает вероятность ТГВ (59%). Каждый симптом по отдельности обеспечивает вероятность ТГВ в 11–22% [3].

Анамнез	Баллы
Онкологическое заболевание в активной фазе (пациент проходит курс лечения, заболевание диагностировано в предшествующие 6 мес или пациент получает паллиативное лечение)	+1
Паралич, парез или гипсовая иммобилизация нижней конечности	+1
В недавнем прошлом строгий постельный режим в течение 3 дней и более или обширное хирургическое вмешательство в последние 4 нед	+1
Объективное исследование	
Местная болезненность в проекции глубоких вен	+1
Отек голени и бедра	+1
Окружности голеней на уровне, расположенном на 10 см ниже бугристости большеберцовой кости, различаются более чем на 3 см	+1
Отек только на пораженной стороне	+1
Расширение (но не варикозное) коллатеральных вен	+1
Альтернативный диагноз настолько же вероятен, как и ТГВ, или даже более вероятен	-2
Оценка протестовой вероятности ТГВ: 0 или менее – низкая, 1–2 – умеренная, 3 или более – высокая	

Вероятные находки при физикальном обследовании при ТГВ [3]:

- 1) отек лодыжки или голени, при тромбозе подвздошных вен – отек всей ноги с возможным распространением отека даже на брюшную стенку;
- 2) пальпаторная болезненность в проекции пораженного сосудистого пучка нижней конечности;
- 3) цианоз кожи нижних конечностей, заметно увеличивающийся в вертикальном положении пациента и после ходьбы; сеть расширенных подкожных вен на голени;

Литература

1. Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Родионов С.В., Дженина О.В. Амбулаторное лечение тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Новые возможности и перспективы. Стационарзамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. 2017; 1–2 (65–66): 35–9.
2. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) <https://mkb-10.com/>

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.

4) повышение температуры кожи пораженной конечности по сравнению со здоровой конечностью.

Собранные данные позволяют оценить вероятность наличия ТГВ – например, с помощью шкалы Велса [3].

Какие вопросы задать пациенту с подозрением на ТГВ [3]?

- Когда впервые возникли клинические признаки острого венозного тромбоза/тромбофлебита и какие?
- С чем вы связываете их появление?
- Есть ли изменения в клинических проявлениях (например, какова первоначальная локализация отека либо тромбофлебита, его выраженность, распространение на другие отделы конечности, характер и интенсивность болевого синдрома)?
- Какие препараты принимаете (антикоагулянты, дезагреганты, флеботоники, нестероидные противовоспалительные препараты) и какова их эффективность?
- Были ли раньше тромботические осложнения? Чем они проявлялись?
- Имеются ли одышка, боли в грудной клетке, кровохарканье?
- Были ли эпизоды потери сознания?
- Были ли за последний месяц госпитализации и/или операции? В связи с чем?
- Имеются ли какие-либо сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек?

Лабораторная и инструментальная диагностика [4]

Содержание D-димера в крови: в норме не превышает 300 нг/мл. Если данный показатель не повышен, можно полностью исключить ТГВ нижних конечностей; исследование позволяет установить наличие заболевания на ранних стадиях, так как обладает чувствительностью 100%.

- Показатели коагулограммы – изучают для подбора дозы лекарственных препаратов.
- Ультразвуковое ангиосканирование (чувствительность и специфичность – 97%).
- Допплерография.
- Дуплексное и триплексное сканирование.

Медикаментозная терапия:

- Антикоагулянты прямого и непрямого действия.
- Антиагреганты.
- Нестероидные противовоспалительные препараты.
- Флебопротекторы.

Лекарственную терапию можно проводить совместно с немедикаментозными методами лечения (эластичная компрессия нижних конечностей, прогулки пешком, специальные физические упражнения). Целями такой терапии должны стать стабилизация оттока крови по конечности, предотвращение восходящего тромбоза вен таза и нижней полой вены, развития ТЭЛА и посттромбофлебитического синдрома, профилактика рецидивов заболевания, восстановление трудоспособности в кратчайшие сроки и снижение инвалидизации больных [3].

3. Лебедев А.К., Кузнецова О.Ю. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Российский семейный врач. 2015; 19 (3): 4–16.
4. Литынский А.В., Бирюкова И.В. Тромбозы глубоких вен нижних конечностей. Медицинская сестра. 2016; 4: 33–6.