

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН

**Полезная информация
для пациентов и их родственников**

Межрегиональная Общественная Организация
помощи пациентам с гематологическими
заболеваниями "Мост Милосердия".

mm-blood.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНА АССОЦИАЦИЕЙ
ФЛЕБОЛОГОВ РОССИИ



Данная брошюра не претендует на полноту информации
и не преследует цель заменить консультацию
или лечение у медицинских специалистов.

Москва, 2019 г.

ЧТО ТАКОЕ ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН

Острый венозный тромбоз в вопросах и ответах

В.: Что такое острый венозный тромбоз?

О.: Под этим термином понимают формирование « кровяного сгустка» в глубокой венозной системе нижних, либо, что наблюдается значительно реже, верхних конечностей. Этот «сгусток» и есть тромб. Врачи зачастую применяют термин тромбофлебит, что означает наличие тромботических масс в поверхностных венах. В норме процесс тромбообразования в организме происходит постоянно (например, Вы порезались, ударились и т. п.), и характеризуется быстрым образованием тромба непосредственно в месте повреждения. Острый венозный тромбоз отличается длительностью и распространенностью процесса. Тромботические массы локализуются не только в зоне повреждения стенки сосуда, а ещё и непосредственно в его просвете, блокируя отток крови. С течением времени тромб может увеличиваться, распространяясь на все новые и новые венозные магистральи.

В.: Что может вызвать развитие тромбоза?

О.: Пусковые механизмы процесса тромбообразования: замедление тока крови, нарушение её

свойств, повреждение стенки сосуда, были сформулированы в XIX веке известным патологом Рудольфом Вирховым. Острый венозный тромбоз — это всегда вторичное состояние. Огромное количество факторов провоцируют его развитие. При этом любой из них реализуется через один или несколько механизмов триады Вирхова. Факторы, способствующие появлению тромбоза, в большинстве случаев носят приобретенный характер. Так, например, к замедлению кровотока в глубоких венах приводят: соблюдение постельного режима, гипсовая иммобилизация конечности, любая операция, особенно если она проводится под общей анестезией. Застой венозной крови развивается у малоподвижного больного с инфарктом миокарда, нарушением мозгового кровообращения с параличем конечности. Другая частая причина — опухоли любой локализации, химио- и лучевая терапия. Известна наследственная предрасположенность к тромбозу — тромбофилия, обусловленная патологией факторов свертывающей либо противосвертывающей систем. Тромбоз может возникнуть на фоне приема гормональных контрацептивов, осложнить течение беременности, а также развиваться после длительного нахождения в вынужденном положении. Последний случай ещё носит название тромбоза путешественников.

В.: Возможно ли предотвратить развитие тромбоза?

О.: Задача предотвратить венозный тромбоз актуальна не только у хирургических (гинекологических, урологических, травматологических) больных. Тромбоз нередко возникает у пациентов, которые не были и не будут оперированы. Это пациенты неврологического и терапевтического профиля. Методы профилактики венозного тромбоза могут быть разделены на физические (механические) и медикаментозные (фармакологические). Первые вызывают ускорение кровотока в глубоких венах ног, что снижает риск тромбоза. Наиболее просто и достаточно эффективно использовать для этого эластичный бинт либо компрессионный трикотаж. Компрессию ног продолжают до полной активизации пациента. У ряда больных этих мер недостаточно. В этих случаях проводят фармакологическую профилактику с использованием антикоагулянтов прямого и непрямого действия.

В.: Можно ли до начала приема гормональных контрацептивов определить риск возникновения тромбоза?

О.: Установлено, что возникновение венозного тромбоза на фоне приема гормональных контрацептивов зачастую ассоциируется с наследственной предрасположенностью. Гормональные контрацептивы — это дополнительный

пусковой механизм к запуску процесса развития тромбоза на фоне имеющихся скрытых нарушений. В связи с этим, перед их назначением целесообразно обследование на тромбофилию (например, выявление нарушений в гене протромбина, V фактора Leiden, метилтетрагидрофолатредуктазы).

В.: Чем опасен венозный тромбоз?

О.: Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) — самое опасное осложнение венозного тромбоза. Она заключается в отрыве части тромба, миграции тромбоэмбола с током крови через правые отделы сердца в легочную артерию с последующей её обструкцией. Как правило, легочные тромбоэмболы происходят из венозной системы нижних конечностей и таза. Легочная эмболия проявляется такими клиническими симптомами как одышка, боль в грудной клетке, кровохаркание, потеря сознания. Примерно у 30% больных с тромбозом она протекает бессимптомно. Поскольку перечисленные симптомы характерны не только для ТЭЛА и часто встречаются при других заболеваниях сердца и легких, диагноз требует инструментальной верификации. Распространенный тромбоз изредка может осложниться венозной гангреной конечности. Она развивается из-за тотального тромбоза не только основных магистралей, но и

обходных (коллатеральных) путей. Подобное неблагоприятное течение встречается чаще у пациентов со злокачественными новообразованиями и тяжелыми врожденными тромбофилиями. В отдаленном периоде у многих больных, перенесших венозный тромбоз развивается хроническая венозная недостаточность, клинические проявления которой разнообразны и зависят от стадии заболевания: от чувства тяжести в конечности, её отека до трофических язв.

В.: Какие бывают тромбы, где они формируются и как клинически проявляются?

О.: В зависимости от того, насколько полно тромб перекрывает просвет сосуда тромбозы подразделяют на окклюзивные и неокклюзивные. Среди последних выделяют неокклюзивный пристеночный тромб и флотирующий. Окклюзивным называют такой тромб, который полностью выполняет просвет вены, из-за чего кровоток в ней отсутствует. Неокклюзивный пристеночный тромб характеризуется тем, что он фиксирован к одной из стенок вены. Наиболее опасным в плане развития легочной эмболии считают флотирующий (т. е. плавающий) тромб, который лишь у своего основания имеет точку фиксации к стенке сосуда, а на остальном протяжении (от нескольких до десятков сантиметров) со всех сторон омывается кровью.

Наиболее часто тромбоз начинается в венах голени. Затем, при отсутствии лечения, он распространяется выше. Гораздо реже тромбоз образуется в венах таза. При этом он не вызывает нарушения венозного оттока от конечности и как следствие протекает бессимптомно, что существенно затрудняет диагностику. Таким образом, клинические проявления тромбоза многообразны: от полного их отсутствия до венозной гангрены. Выраженность симптомов зависит от степени нарушения венозного оттока из конечности, которая определяется распространенностью и характером тромбоза основных венозных магистралей. Нередко на начальной стадии заболевания единственное проявление тромбоза — боль в конечности различной локализации (икроножная мышца, бедро) и интенсивности. Другим важным симптомом считают отек конечности. Он развивается внезапно и быстро увеличивается. Нередко наблюдают цианоз (синюшность) кожных покровов из-за переполнения подкожных вен. Обязательно осматривают обе ноги, так как возможно двустороннее поражение глубоких вен. Помните, при появлении первых симптомов заболевания необходимо срочно обратиться к флебологу.

В.: Как устанавливается диагноз острого венозного тромбоза?

О.: В типичных случаях диагноз тромбоза поставить не трудно. Наличие яркой клинической

симптоматики в виде распирающей боли в конечности, её отека, цианоза кожных покровов, болезненности в икроножных мышцах при пальпации в переднезаднем направлении или тыльном сгибании стопы часто не оставляют сомнений в развитии тромбоза. Иногда при небольшой распространенности и неокклюзивном характере тромбоза проявления минимальны. В лечебно-диагностических центрах для обследования вен используют ультразвуковое ангиосканирование. Во время такого исследования флеболог изучает изображение сосуда, исследует кровоток по нему, определяет распространенность, локализацию и характер тромбоза. Преимуществом ультразвуковой диагностики считают высокую информативность, безболезненность и полную безопасность. Это обследование может быть выполнено амбулаторно. Между тем не всегда удается визуализировать сосуды, которые находятся в брюшной полости. Этому мешает находящийся в кишечнике газ. Тогда необходимо ангиографическое обследование — рентгенологическое исследование сосудов с введением в них контрастного вещества.

В.: Существуют ли какие-либо лабораторные тесты, отражающие наличие тромбоза?

О.: Нередко бытующее мнение о том, что высокий протромбиновый индекс отражает наличие

венозного тромбоза, в корне неверна. Это относится и к зачастую выявляемой во время беременности физиологической гиперкоагуляции (т. е. склонности к повышенному свертыванию крови). Стандартные коагуляционные тесты отражают лишь состояние свертывающей, противосвертывающей либо фибринолитической систем в момент забора крови. При этом они не несут никакой информации о наличии или отсутствии венозного тромбоза. **Тест на D-димер** — одно из лабораторных исследований, которое позволяет исключить тромбоз. При отрицательном результате теста либо нормальной концентрации D-димера в плазме с высокой вероятностью можно констатировать факт отсутствия тромбоза. В тоже время, высокая концентрация в крови этого продукта деградации фибрина, присуща не только тромбозу, но и другим состояниям, при которых образуется этот биологический полимер: воспаление, травма, операция и т. д.

В.: Подскажите, как правильно осуществлять компрессию конечности при тромбозе?

О.: В острой стадии заболевания, при значительно выраженном отеком синдроме мы рекомендуем проводить компрессию ноги эластичным бинтом. Они обычно имеют длину до 3 метров и ширину 8–10 см. Они растягиваются только в длину, при этом его ширина должна оставаться

неизменной. Ногу следует бинтовать утром, не вставая с постели. Бинт наматывают с умеренным, равномерным натяжением, начиная от основания пальцев стопы (пятка обязательно бинтуется 2–3 витками бинта по типу «гамачка»). На голени и бедре бинт накладывают по спирали, каждый виток накрывает предыдущий наполовину. Верхняя граница бинта должна быть по возможности выше уровня тромбоза на 10 – 20 см. В течение суток в положении лежа бинт снимается на 15 – 20 минут, а затем вновь накладывается. По мере уменьшения и стабилизации отека, что обычно отмечается примерно через 1–2 недели от начала тромбоза вместо бинтов целесообразно начинать использовать медицинский трикотаж. Его преимущество в том, что давление на конечность распределяется равномерно с максимумом в области лодыжек и голени. Он долговечнее и, что немаловажно, удобнее и эстетичнее. При венозном тромбозе, как правило, рекомендуют III (иногда II) класс компрессии.

В.: Какие физические нагрузки возможны при венозном тромбозе?

О.: Бытует мнение, что пациент с венозным тромбозом в острой стадии заболевания должен находиться на строгом постельном режиме. Это не совсем, точнее совсем не так. Его соблюдение необходимо лишь тогда, когда риск легочной эмболии крайне высок, и

флебологи в силу различных причин не могут прибегнуть к оперативному вмешательству, которое способно предупредить её развитие. Во всех остальных случаях тромбоза следует рекомендовать дозированную ходьбу, что снижает опасность дальнейшего распространения и риск рецидива венозного тромбоза, позволяет активизировать больного в кратчайшие сроки.

В.: Можно ли проводить тепловые процедуры при венозном тромбозе?

О.: Больным с тромбозом противопоказаны баня, сауна, горячие ванны. Необходимо также исключить какие-либо другие тепловые процедуры на пораженную конечность (озокерит, компрессы и т. д.), массаж. Дело в том, что все они повышают приток крови и, соответственно, вызывают повышенное кровенаполнение венозной системы, что в условиях нарушенного оттока от конечности ведет к усугублению клинической симптоматики. Больным венозным тромбозом следует мыться только под душем.

В.: Как правильно питаться при венозном тромбозе?

О.: В ежедневном рационе больного с тромбозом должно присутствовать большое количество сырых овощей и фруктов. В них много клетчатки, из которой в организме синтезируются фиброзные волокна, необходимые для

«укрепления» венозной стенки. Следует ограничить прием жирных, острых и соленых блюд, которые за счет задержки жидкости могут привести к увеличению объема циркулирующей крови. Полезны продукты, содержащие жиры растительного происхождения. При приеме непрямых антикоагулянтов (варфарина) необходимо исключить из рациона продукты, которые содержат избыток витамина К. Их употребление входит в антагонизм (противодействие) с проводимой терапией. К ним относят кофе, зеленый чай, печень, капусту, шпинат, зеленый салат.

В.: Можно ли загорать на солнце или в солярии больным с венозным тромбозом?

О.: В остром периоде следует избегать прямого попадания солнечных лучей на конечность.

В.: Как проводят лечение венозного тромбоза?

О.: Лечение пациентов с острым венозным тромбозом обычно осуществляют в специализированном стационаре. Основным методом лечения тромбоза считают антикоагулянтную терапию. Её цель — оборвать процесс тромбообразования. Она проводится с использованием антикоагулянтов прямого (гепарины различной молекулярной массы) и непрямого действия. Значительно реже, удается применять методы, которые позволяют удалить тромбы

и восстановить проходимость вен в кратчайшие сроки. К ним относят регионарную тромболитическую терапию либо хирургическую тромбэктомия. Они эффективны при малой длительности тромбоза, сегментарных формах тромбоза, а безопасны — у пациентов без тяжелой сопутствующей патологии. Одним из новых направлений является амбулаторное лечение больных с венозным тромбозом. Оно проводится под наблюдением врача поликлиники после кратковременной госпитализации в стационар для комплексного обследования. Обязательной составляющей частью лечебной программы при венозном тромбозе должна быть эластическая компрессия нижних конечностей.

В.: Возможно ли повторение венозного тромбоза?

О.: К сожалению, рецидив тромбоза возможен. Так, например, через 6 месяцев после первого его эпизода ретромбоз возникает у 6 — 10%, через год у 7 — 13%, а через 8 — 10 лет у каждого третьего пациента. Особенно высока вероятность повторения тромбоза, когда сохраняются предрасполагающие факторы. Длительный прием антикоагулянтов (обязательно по назначению лечащего врача) позволяет избежать этого. Наиболее часто с этой целью рекомендуют не прямые антикоагулянты, подбор дозы которых, осуществляют по показателям крови. Для этого

определяют протромбиновый индекс (ПТИ) величина которого должна составлять 45 – 60%, либо международное нормализованное отношение (МНО), значения которого следует поддерживать в пределах 2,0 – 3,0. Следует указать две типичные ошибки. Это недостаточная продолжительность профилактики тромбоза или длительный прием препаратов, но короткими курсами с перерывами. Эти препараты применяют постоянно и длительно, как правило, не менее полугода. При наличии к ним противопоказаний используют низкомолекулярные гепарины либо дезагреганты.

В.: Можно ли лечиться пиявками при венозном тромбозе?

О.: Лечебный эффект пиявок основан на том, что после прокусывания кожи они впрыскивают в сосуд вещество, называемое гирудином, которое препятствует свертыванию крови. Снижение свертывания крови при гирудотерапии раньше использовали для лечения тромбозов и тромбофлебитов. Можно выделить несколько причин, почему эта методика используется сегодня крайне редко. Во-первых, это появление современных высокоэффективных лекарственных препаратов для лечения тромбоза. Во-вторых, невозможность дозировать количество поступающего в организм гирудина. В третьих, образование в местах укуса пиявок длительно незаживающих ранок и формирование в ряде случаев грубых рубцов.

В.: Подскажите, возможна ли следующая беременность, если во время первой был острый венозный тромбоз?

О.: Неверно и невозможно категорически исключать возможность беременности и родов у женщин, перенесших тромбоз. Беременность нежелательна в первый год после тромбоза. В последующем этот вопрос решает сама женщина после консультации с акушером-гинекологом и флебологом, поскольку у нее существует высокий риск повторного тромбоза во время беременности и родов. Уменьшить риск рецидива тромбоза позволяют постоянная лечебная эластическая компрессия (лучше использовать эластические колготы II класса). Целесообразно предварительное обследование на тромбофилию. Обнаружение генетически обусловленных либо приобретенных тромбофилических состояний является поводом для назначения фармакологической профилактики (низкомолекулярными гепаринами) возможного тромбоза с начала беременности. Беременные с ранее перенесенным тромбозом госпитализируются в стационар не менее чем за 2 недели до родов.



mm-blood.ru

Межрегиональная Общественная
Организация помощи пациентам
с гематологическими заболеваниями
"Мост Милосердия"