

ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

Миргородський Д.С., Маркулан Л.Ю., Бурка А.О., Кузьменко О.В., Зайцев М.А.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, кафедра хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії

Введення

Тромболітична терапія, яка зайняла своє місце у лікуванні гострого коронарного синдрому, ішемічного інсульту, тромбоемболії легеневої артерії, вже зайняла своє певне місце як метод лікування гострих венозних тромбозів. Ефективність її в ранні терміни тромбозів за даними різних авторів, складає 45-75%.

Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19), яка стає глобальною пандемією, спричинена інфекцією SARS-CoV-2. При COVID-19 часто виникають тромботичні явища, в основному венозна тромбоемболія (ВТЕ) та гострі венозні тромбози нижніх кінцівок (ТГВ), які тісно пов'язані з тяжкістю захворювання та клінічним прогнозом. Порівняно з історичними контрольними показниками, частота ВТЕ у госпіталізованих та критичних пацієнтів з COVID-19 неймовірно висока. Однак патофізіологія тромбозу та найкращі стратегії запобігання тромбозу при COVID-19 залишаються незрозумілими, тому потребують подальшого вивчення.

Із збільшенням термінів існування тромбів ефективність її зменшується, і до кінця другого тижня складає 7-23%, що, на думку авторів, указує на сумнівну доцільність застосування тромболітизму в терміни більше 14 днів. В той же час тромбоутворення є динамічним процесом, і до повної організації тромбу, яка настає від 22 до 28 днів, в його складі в тому або іншому ступені завжди присутній субстрат фібринолізу, що залишає можливість проведенню тромболітичної терапії в пізні терміни. Крім того, необхідно враховувати факт зростання тромбу в динаміці захворювання.

Мета роботи

Оцінити ефективність лікування хворих з ТГВ за наявності COVID-19.

Матеріали і методи

Нами прослідковано результати лікування 87 хворих з ТГВ, які знаходилися в центральній міській клінічній лікарні м. Києва з 2020 по 2021 рік. Серед них 50 чоловіків (57%) і 37 жінок (43%) у віці від 32 до 87 років в (середньому $51,88 \pm 1,27$). Всі хворі пройшли рутинне клінічне обстеження, крім того, їм виконано ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок, за свідченнями – флебографія і контрастну спіральну комп'ютерну томографію. Тромбоз гомілково-підколінного сегменту виявлений у 29 хворих (33,4%), підколінно-стегнового сегменту – у 32 пацієнтів (36,7%), стегново-клубового сегменту – у 26 (29,9%). У 51 хворих (58,6%) давність тромбозу склала від 1 до 7 днів. У 36 пацієнта (41,4%) – від 8 до 14 днів. Залежно від терапії, що проводиться, хворі були поділені на дві групи: основну групу (ОГ) – 35 пацієнтів і порівняння (ГП) – 41 хворий. Достовірних відмінностей в групах по статі, віку, термінам захворювання, ураженням сегментів не було ($p > 0,05$). У ОГ хворим проводили тромболізис препаратом альтеплазе в/в болюсно в дозі 10 мг з подальшим крапельним введенням в дозі 1 мг/кг але не більше 100 мг в цілому з подальшим введенням прямих антикоагулянтів (еноксапарин натрію (Клексан) п/ш в дозі 100 анти-Ха МО/кг 2 рази на добу кожні 12 годин під контролем АЧТЧ) при проксимальному ураженні. При дистальному ураженні проводили антикоагуляційну терапію прямими антикоагулянтами (еноксапарин натрію (Клексан) п/ш в дозі 100 анти-Ха МО/кг 2 рази на добу кожні 12 годин під контролем АЧТЧ). Також застосовували венотоніки групи діосміну та компресійний трикотаж. Хворим в групі порівняння проводився тромболізис препаратом альтеплазе в/в болюсно в дозі 10 мг з подальшим крапельним введенням в дозі 1 мг/кг але не більше 100 мг в цілому з подальшим введенням прямих антикоагулянтів (еноксапарин натрію (Клексан) п/ш в дозі 100 анти-Ха МО/кг 2 рази на добу кожні 12 годин під контролем АЧТЧ). Також застосовували венотоніки групи діосміну та компресійний трикотаж.

Критеріями ефективності лікування були:

Реканалізація тромбозу за даними УЗД або флебографії (повна, часткова, відсутня), зменшення довжини кола сегментів кінцівок,

позитивна динаміка клінічних симптомів тромбозу. Аналіз одержаних даних проводився в середовищі програми SPSS for Windows 13.0 з розрахунком t-критерію Стюдента, U-критерію Манна-Уїтні, коефіцієнта кореляції Пірсона. Відмінності вважалися достовірно-значущими при $p < 0,05$.

Результати

Тромболітична терапія виявилася високо ефективною при існуванні тромбозу протягом 7 діб. У всіх хворих одержаний позитивний ефект, при цьому повна реканалізація відбулася у 17 хворих ГП (32,7%) та у 13 хворих з ОГ (37,5%), часткова – у 27 хворих ГП (51,9%) та у 9 хворих з ОГ (25,0%). Відсутність реканалізації при позитивному клінічному стані сталася у 18 хворих ГП (15,4%) та у 13 хворих з ОГ (37,5%), $p < 0,05$. Загальна структура реканалізації в ОГ була: повна реканалізація відбулася у 3 хворих (8,6%), часткова – у 23 хворих (66,7%), відсутність реканалізації сталось у 6 хворих (15,4%). Із збільшенням термінів існування тромбозу частина хворих, у яких повністю або частково відновився кровотік в ураженій вені, зменшується ($r = -0,433$). Так, частина хворих з повним відновленням кровотоку при проведенні їм тромболізу в другий тиждень існування тромбу склала 22% хворих. Часткова реканалізація відмічена відповідно у 56% хворих. Таким чином, навіть на другий тиждень захворювання відмічався позитивний ефект тромболізу. Проведення лікування в групах супроводжувалося зменшенням надмірної довжини кола ураженої кінцівки, проте, при тромболітичній терапії швидшими темпами ($r = 0,57$) в порівнянні з антикоагулянтною терапією в ОГ ($r = 0,39$). Якщо в перші 7 днів зменшення надмірної довжини кола складало 51,2% в ГП і 43,6% в ОГ, то на четвертий тиждень – 25,1% проти 18,3%. У всі аналізовані терміни зменшення надмірної довжини кола в основній групі були достовірно більші, ніж в ГП ($p < 0,05$).

Висновки

У хворих на Covid-19 середній вік був достовірно вищим (65 років проти 57 в групі порівняння), також спостерігалася більша частота стадій С0 та С1 (34% проти 18%), також в цій групі переважали хворі з дистальними формами ураження (48,6 % проти 23,1%). У хворих обох груп проведення ТЛТ призводить до повної реканалізація просвіту

тромбованої судини у 37,5% (основна) проти 37,2% хворих (порівняння), часткової – у 25% проти 21,9%, реканалізації не відбувається у 37,5% проти 12,4%.