

СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЕМБОЛІЗМУ У ПАЦІЄНТІВ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Атаманюк О.Ю., Скрипко В.Д., Атаманюк В.М.

Івано-Франківський національний медичний університет

Вступ

Розвиток сучасних медичних технологій призвів до значних змін у лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК). Термальні та нетермальні методи малоінвазивного лікування варикозної хвороби замінили у більшості медичних установ традиційні хірургічні підходи. Незважаючи на цей процес, інвазивне флебологічне лікування все ще не позбавлене таких ускладнень, як розвиток венозного тромбоемболізму (ВТЕ), до яких відноситься ЕНІТ (ендо-венозний тромб індукований термальною енергією), тромбоз глибоких вен (ТГВ) та тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА). Досі існує значна невизначеність щодо справжньої частоти ВТЕ після процедур варикозного розширення вен та відсутність доказів необхідності рутинної тромбопрофілактики. Низка ретроспективних досліджень розвитку ВТЕ у післяопераційному періоді у пацієнтів з ВХНК задокументували наявність симптомного ТГВ в залежності від типу проведеного хірургічного лікування у межах від 0,15-1%, а клінічно симптоматичну ТЕЛА у 0,063%. Враховуючи значну поширеність та кількість проведених хірургічних процедур з причини ВХНК у всьому світі, проблема розвитку тромботичних ускладнень є

надзвичайно актуальною. Оцінка факторів ризику ВТЕ у пацієнтів, яким планується проведення хірургічного лікування ВХНК є вкрай важливою. Мета: провести стратифікацію факторів ризику розвитку венозного тромбоемболізму у пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок.

Матеріали та методи

До проспективного дослідження, яке проводилось на клінічній базі кафедри хірургії післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету було залучено 182 послідовних пацієнтів з ВХНК, яким проводилось хірургічне лікування. Критеріями виключення були: застосування антикоагулянтів, наявність облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок, або інші протипоказання до компресійної терапії, наявність високого ризику кровотечі або протипоказання до фармакологічної тромбoproфілактики. Відповідно до класифікації CEAP на основі клінічних даних пацієнти розподілились наступним чином: С2-28,6%, С3-51,6%, С4-12,1%, С5-6,1%, С6-1,6%. Усім пацієнтам перед операцією оцінювали наявність супутніх захворювань та факторів ризику ВТЕ за шкалою Caprini та проводили передопераційне дуплексне УЗД венозної системи нижніх кінцівок. Для моніторингу ВТЕ у післяопераційному періоді виконували сонографічне сканування впродовж 72 годин, через 7 діб та через 1 місяць. Післяопераційні тромботичні ускладненнями були визначені як 2–4 класи ЕНІТ, інші види ТГВ та ТЕЛА.

Результати та обговорення

У досліджуваній групі жінок було 110 та 72 чоловіки, віком від 18 до 81 року. Для корекції ВХНК були проведені наступні методи: ендовенозна лазерна коагуляція проведена 88 (48,4%) хворим, радіочастотна абляція

- 56 (30,8%), кросектомія та інвагінаційний стріпінг - 31 (17%), стовбурна склеротерапія foam-form - 7(3,8%). У 26 хворих втручання проведено на обидвох кінцівках одномоментно. Усі оперативні втручання проведені одним фахівцем. На основі аналізу факторів ризику ВТЕ за шкалою Caprini низький ризик (1-2 бали) розвитку тромботичних ускладнень спостерігався у 38 (21%) хворих, помірний ризик (3-4 бали) - 112 (61,5%), високий (5 і більше балів) - 32 (17,5%) пацієнтів. Усім хворим з низьким та помірним ризиком розвитку ВТЕ з метою тромбопрофілактики призначили еластичну компресію впродовж 1 місяця, пацієнтам з високим фактором ризику окрім еластичної компресії застосовували фармакопрофілактику низькомолекулярними гепаринами, або ривароксабаном у профілактичній дозі впродовж одного тижня.

У 4 хворих у післяопераційному періоді розвинулись тромботичні ускладнення. В одного хворого з помірним ризиком ВТЕ при проведенні соно-графічного контролю на другу добу післяопераційного періоду діагностовано ЕНІТ 2 та призначено 10 мг ривароксабану впродовж одного місяця. У трьох пацієнтів з високим ризиком ВТЕ виявлено дистальний ТГВ та призначено 20 мг ривароксабану на термін 3 місяці. Клінічно проявів ТЕЛА не було задокументовано у жодного хворого.

При порівнянні пацієнтів з тромботичними ускладненнями та без них, не було виявлено випадків тромбофілії та попереднього онкологічного захворювання. Стать пацієнта та індекс маси тіла статистично не відрізнялись.

На основі проведеного аналізу кожного випадку ВТЕ, виокремлено головні фактори ризику: попередні епізоди тромбозу глибоких чи

поверхневих вен, вік хворих, тривалість та об'єм проведеного оперативного втручання.

Висновки

Стратифікацію ризику венозного тромбоемболізму за шкалою Caprini є обов'язковою умовою перед проведенням оперативного втручання з причин ва-рикозної хвороби нижніх кінцівок. Хворим з високим ризиком тромботичних ускладнень необхідно призначати фармакопрофілактику впродовж 7 діб, а хворим у яких в анамнезі діагностовано тромботичні події термін тромбо-профілактики має складати не менше одного місяця. Використання запропонованого алгоритму дозволить запобігти розвитку венозного тромбоемболізму у пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок.