

110 мг 2 раза в сутки. Ни у одного из них не произошло ни рецидива венозного тромбоза, ни геморрагических осложнений. Приверженность терапии составила 94%. Частота геморрагических осложнений в наших наблюдениях составила 12,5%, при этом к категории клинически значимых незначительных кровотечений мы отнесли всего один эпизод гематурии. Ни в одном случае серьезного кровотечения не было.

Выводы. Наше исследование было лишено уже указанного ранее недостатка, свойственного масштабным рандомизированным исследованиям, – мы оценили то, что происходит в реальной клинической практике, существенно расширив критерии включения и сузив критерии исключения и не осуществляя жесткий контроль над пациентами. На основе собственных наблюдений мы можем сделать общее заключение о том, что эффективность и безопасность препарата в реальной клинической практике соответствует выводам, полученным в масштабных рандомизированных исследованиях. Вывод о безопасности дабигатрана этексилата выглядит очевидным, поскольку в нашей практике он стал альтернативой антагонистам витамина К, частота кровотечений при использовании которых превышает 20%. Первоначальные результаты выглядят обнадеживающими, использование дабигатрана этексилата, как и других новых пероральных антикоагулянтов, существенно расширяет наш арсенал и позволяет более эффективно оказывать помощь пациентам с тромбозом глубоких вен.

*Солдатский Е.Ю., Андрияшкин А.В.,
Юмин С.М., Золотухин И.А., Кириенко А.И.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ГОЛЕНИ И БЕДРЕННО- ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА

*Российский национальный
исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова,
Городская клиническая больница №1
им. Н.И. Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. При дистальном тромбозе глубоких вен (ТГВ) патологический процесс не выходит за пределы вен голени, а, следовательно, масштаб посттромботического поражения венозной системы относительно невелик. Этот вариант ТГВ достаточно часто обсуждается в научной литературе и данные исследователей подтверждают, что выраженность посттромботической болезни, развивающейся после дистального ТГВ, меньше, чем после проксимального. Венозный тромбоз подколенной и бедренной локализации обычно не рассматривают отдельно от илиокавального, хотя представляется интересным и важным как с теоретической, так и с практиче-

ской точек зрения, изучение различий в их влиянии на отдаленные клинические исходы.

Цель. Изучить отдаленные последствия венозного тромбоза подколенно-бедренной локализации и сравнить их с клиническими исходами после изолированного дистального тромбоза глубоких вен.

Материал и методы. Проведено исследование случай-контроль с парным дизайном, в которое включили пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова в 2009-2011 гг. с ТГВ голени и бедренно-подколенного сегмента. В основную группу включили 44 пациентов с распространением тромботического процесса на бедренно-подколенный сегмент венозного русла без перехода на подвздошные вены, средний возраст $56,6 \pm 12,8$ лет, медиана – 57 лет, число женщин – 29 (66%), срок от момента развития ТГВ от 31 до 56 мес (в среднем $42 \pm 5,6$). В контрольную группу включили 44 пациентов с изолированным дистальным поражением, средний возраст $55,4 \pm 14,6$ лет, медиана – 57,5 лет, число женщин – 29 (66%), срок от момента развития ТГВ от 29 до 55 мес (в среднем $40 \pm 6,5$). Статистически значимых различий в данных характеристиках групп не было. В качестве критериев оценки использовали частоту развития хронической венозной недостаточности (классы С3-С6), частоту рецидивов тромбоза, величину шкалы тяжести венозного заболевания (VCSS), частоту развития выраженных нарушений качества жизни (по величине глобального индекса при использовании опросника CIVIQ 2).

Результаты и обсуждение. В основной группе у 22 пациентов зафиксировали класс С3, у 10 пациентов развились трофические расстройства (С4-С5). Т.о., ХВН в отдаленном периоде развилась у 32 (73%) пациентов, перенесших бедренно-подколенный ТГВ. В контрольной группе класс С3 обнаружили у 14 пациентов, С4 – С5 – у 3 пациентов. Число случаев ХВН среди тех, кто перенес тромбоз дистальной локализации, составило 17 (39%). Таким образом, частота развития ХВН у пациентов, перенесших дистальный тромбоз, оказалась значимо ниже ($p=0,001$). Частота рецидива заболевания оказалась в 2 раза выше в основной группе и составила 9% (4 случая), в то время как в контрольной – 4,5% (2 случая) ($p=0,398$). Достоверно установленные случаи легочной эмболии отмечены в основной группе – 14 (32%) и 4 (9%) в контрольной группе ($p=0,0021$). При оценке факторов риска развития тромботического поражения выявлено, что у пациентов с дистальным тромбозом в 2 раза чаще предиктором заболевания явилось недавно перенесенное оперативное вмешательство, в то время как у пациентов с подколенно-бедренным тромбозом существенно чаще обнаруживали такой фактор риска, как избыточную массу тела. Кроме того, по шкале VCSS тяжесть венозной патологии достоверно различалась и составила соответственно 4,6 и 3,3 ($p=0,004$). В то же время, несмотря на разницу в частоте развития ХВН, ее выраженности, по уровню качества жизни статистические различия в группах были незначимы ($p=0,844$).

Выводы. Тромбоз глубоких вен бедренно-подколенной локализации по своим клиническим исходам отличается от дистального ТГВ и приводит к более выраженным проявлениям посттромботической болезни, которые, вместе с тем, менее значительны в сравнении с последствиями илиокавального поражения. Несмотря на заметную разницу в течении посттромботического периода, различия между бедренно-подколенным и дистальным венозным тромбозом по уровню качества жизни отсутствуют.

*Стойко Ю.М., Батрашов В.А.,
Мазайшвили К.В., Цыпляшук А.В.,
Яшкин М.Н., Семкин В.Д., Ангелова В.А.,
Пихута Д.А., Волкова Л.В.*

СЛУЧАЙ МИГРАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРА В ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ

*Национальный медико-хирургический
центр им. Н.И. Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Имплантация кава-фильтра имеет ряд осложнений, одним из которых является его миграция. По данным литературы миграция может происходить в правое предсердие, до трикуспидального клапана, правый желудочек, легочный ствол. Проксимальная миграция кава-фильтра может приводить к нарушению ритма сердца, перфорации миокарда, гемоперикарду. В зависимости от клинической ситуации разные авторы представляют свои методы лечения: консервативную терапию, рентгенэндоваскулярную хирургию и открытый хирургический доступ. Частота летальных исходов в раннем послеоперационном периоде при удалении кава-фильтра торакотомическим доступом составила 6%, при рентгенэндоваскулярном удалении - 7%.

Цель. Представить клиническое наблюдение за пациенткой с миграцией кава-фильтра в правое предсердие, имплантированного по поводу двустороннего илиокавального тромбоза.

Материал и методы. Пациентка Б., 52 года. Из анамнеза известно, что в одном из стационаров г. Москвы 25.03.2014 года выполнена резекция опухоли слизистой оболочки левой щеки, радикальная шейная лимфаденэктомия по поводу плоскоклеточного ороговевающего рака слизистой оболочки (T2N1M0). В послеоперационном периоде развился двусторонний илиокавальный тромбоз, в связи с чем 07.04.2014 был имплантирован кава-фильтр (Ortease). После выписки пациентка отметила снижение артериального давления, головокружение, общую слабость. 16.04.2014 года повторно госпитализирована в стационар, где по данным КТ органов грудной клетки выявлена миграция кава-фильтра в устье НПВ. 23.04.2014 года пациентка переведена в НМХЦ им. Н.И. Пирогова. Общее состояние расценивалось как среднетяжелое. Дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧДД 16 в мин. Гемодинамика стабильная. АД 100/70 мм рт. ст., ритм синусовый

с ЧСС 76 в минуту. На ЭКГ данных за острое очаговое повреждение миокарда нет. Ритм синусовый. Локальный статус: В проекции магистральных артерий пульсация сохранена на всех уровнях; отек правой нижней конечности; окружность: справа – 23 см окружность стопы, 23 см окружность над лодыжками, 43 см в средней трети голени, 57 см в средней трети бедра; слева – 21,5 см окружность стопы, 20 см окружность над лодыжками, 34 см в средней трети голени, 51 см в средней трети бедра; симптомы Мозеса и Хоманса отрицательные с обеих сторон. По данным лабораторных и инструментальных методов обследования выявлено: уровень D-димера - 5 мкг/мл. При УЗАС вен нижних конечностей от 24.04.2014 года: неокклюзивный тромбоз общей бедренной, наружной подвздошной вены слева, флотация верхушки тромба 12 см. При КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза от 24.04.2014 года: КТ-картина дислокации кава-фильтра до места впадения НПВ в правое предсердие, тромбоза НПВ, правых общей и наружной подвздошных вен. При КТ-ангиопульмонографии данных за ТЭЛА не получено. По данным ЭХО-КГ от 28.04.2014 года: в правом предсердии акустическая тень от кава-фильтра. Камеры сердца не расширены. Глобальная и региональная систолическая функция левого желудочка не нарушена. Патологии клапанного аппарата не выявлено. Консилиумом во главе с академиком РАН Шевченко Ю.Л., в виду крайне высокого риска интра- и послеоперационных осложнений (фатальных нарушений сердечного ритма, повреждения правого предсердия, нижней полой вены, клапанного аппарата сердца), от оперативного вмешательства принято решение воздержаться. В отделение реанимации пациентке проводилась антикоагулянтная терапия нефракционированным гепарином под контролем АЧТВ. За время нахождения пациентки в реанимации с 23.04.2014 года по 05.05.2014 года общее состояние оставалось стабильным, без отрицательной динамики. Переведена в сосудистую хирургию для продолжения лечения. Выполнена смена антикоагулянтной терапии - отменен НФГ, назначен АВК под контролем МНО. 14.05.2014 года пациентка выписана на амбулаторное лечение под наблюдение флеболога НМХЦ. Рекомендовано продолжить прием варфарина под контролем МНО, ношение компрессионного трикотажа 3 класса компрессии, флеботропная терапия, динамическое наблюдение, УЗАС вен нижних конечностей, ЭХО-КГ в динамике. При контрольном осмотре через две недели по данным УЗАС вен нижних конечностей отмечается положительная динамика: умеренная реканализация глубоких вен правой нижней конечности: вен голени, подколенной, поверхностной бедренной, общей бедренной вены; неокклюзивный тромбоз общей бедренной вены слева; флотации нет. По данным ЭХО-КГ так же без отрицательной динамики. Выполнена смена антикоагулянтной терапии на ривароксабан по лечебной схеме. При контрольном осмотре через шесть месяцев по данным УЗАС вен нижних конечностей уверенная реканализация ОБВ с обе-