

ЭФФЕКТИВНАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

EFFECTIVE ANTICOAGULANT THERAPY IN DIFFICULT CLINICAL SITUATIONS

A. Karsanov
E. Perisaeva
A. Salamov
A. Kultchiev
S. Tigiev
A. Morozov

Summary. The article presents two clinical observations on the effective treatment of patients with acute vascular pathology. In both cases, a positive clinical outcome was achieved as a result of the use of anticoagulants. In one case, unfractionated heparin was the base drug in the treatment of non-occlusive mesenteric circulatory disorders. In the second case of acute venous thrombosis of the inferior vena cava pool, Enoxaparin in therapeutic dosages was used in a patient with severe posthemorrhagic shock on the background of coagulopathy and severe toxic liver damage.

Keywords: anticoagulants, neocclusal mesenteric ischemia, venous thrombosis, coagulopathy.

Карсанов Алан Мухарбекович

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
(г. Владикавказ)
karsan@inbox.ru

Перисаева Элина Акимовна

Ассистент, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
(г. Владикавказ)
perisaeva.elinka@yandex.ru

Саламов Анатолий Касплатович

К.м.н., директор, НУЗ «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД» (г. Владикавказ)
rzdbolnica@live.ru

Кульчиев Ахсарбек Агубеевич

Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
(г. Владикавказ)
kulchiev.ahsarbek@yandex.ru

Тигиев Северян Владимирович

К.м.н., ассистент, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная Медицинская академия» (г. Владикавказ)
sogta.rso@gmail.com

Морозов Алексей Анатольевич

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
(г. Владикавказ)
docentmorozov@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены два клинических наблюдения по результативному лечению пациентов с острой сосудистой патологией. В обоих случаях положительный клинический исход был достигнут в результате применения антикоагулянтов. В одном случае нефракционированный гепарин был базовым препаратом в лечении неокклюзионного нарушения мезентериального кровообращения. Во втором случае острого венозного тромбоза бассейна нижней полой вены Эноксапарин в лечебных дозировках был применен у пациентки с тяжелым постгеморрагическим шоком на фоне коагулопатии и тяжелым токсическим поражением печени.

Ключевые слова: антикоагулянты, неокклюзионная мезентериальная ишемия, венозный тромбоз, коагулопатия.

Острые тромботические поражения различных бассейнов сосудистого русла являются актуальнейшей проблемой современности. По оценкам экспертов Ассоциации флебологов России, в нашей стране ежегодно венозный тромбоз возникает у 240 000 человек, у 100 000 из которых развивается тромбоэмболия легочных артерий [2]. Имеющиеся данные позволя-

ют утверждать, что почти у 25% населения мира в тот или иной период жизни возникают венозные тромбоэмболические осложнения.

Механизмы тромбообразования были сформулированы R. Virchow еще в середине XIX века: повреждение сосудистой стенки, замедление кровотока и повышение

свертываемости крови [1]. Наиболее важными для возникновения венозного тромбоза являются гемодинамические нарушения (замедление кровотока), при этом ключевую роль в формировании тромба играет активация процессов свертывания крови, приводящая к образованию фибрина [4]. Полицитемия, эритроцитоз, тромбоцитоз, дегидратация, диспротеинемия, значительное увеличение содержания фибриногена способствуют тромбообразованию [4].

Известно множество факторов риска венозного тромбоза: различные тромбофилии, перенесенная операция, травма, сердечная недостаточность III–IV функционального класса, новообразования, сепсис, острая инфекция (например, пневмония), постельный режим более 3 сут, инсульт, инфаркт миокарда, заболевания легких и некоторые другие заболевания и состояния [3,4].

Основным методом лечения ВТ является антикоагулянтная терапия с использованием антикоагулянтов различной молекулярной массы и антагонистов витамина К (АВК) [2, 4]. Именно при своевременном использовании гепаринов удается в кратчайшие сроки предотвратить нарастание коагуляционного каскада и образование “свежих” тромбов и эмболов. Важным в эффекте гепаринов является как можно более раннее их назначение [3, 6].

Широкое использование антикоагулянтов не ограничивается патологией венозной системы. Так при целом ряде артериальных тромбозов их применение является индукционным и сопровождающим компонентом хирургического восстановления магистрального артериального кровотока, а при таком все чаще выявляемом состоянии, как острое неокклюзионное нарушение мезентериального кровообращения (НМК) своевременное использование антикоагулянтов может спасти пациенту жизнь [5].

Целью статьи является демонстрация двух клинических наблюдений, когда лишь применение антикоагулянтов обеспечило благоприятный клинический исход.

Клиническое наблюдение 1

Пациентка К. 50 лет, история болезни № 391, доставлена каретой “скорой помощи” в негосударственное учреждение здравоохранения «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД» (УБ) 13.02.2018 г. в 4⁰⁰ в тяжёлом состоянии.

При осмотре в приемном отделении доминировала клиническая картина продолжающегося обильного маточного кровотечения, постгеморрагического шока III (тяжёлой) степени, ДВС-синдрома.

Анамнез заболевания: Со слов больной, в течение недели периодически отмечала незначительные кровянистые выделения из геморроидальных узлов. 12.02.2018 г. у больной началась менструация. 13.02.2018 г. менструации перешли в маточное кровотечение.

Анамнез жизни: трижды перенесла кесарево сечение (2005 г., 2012 г., 2014 г.), пневмония, илеофemorальный тромбоз, который был выявлен 26.01.2018 г., с выраженным лимфостазом левой нижней конечности.

Результаты объективного обследования при поступлении: кожные покровы и видимые слизистые цианотичны, участками синюшные. Склеры иктеричные. Слизистая оболочка рта и губ кровоточит. Гемолакрия (слезотечение с геморрагическим компонентом). Левая конечность отечная, при пальпации болезненна. ЧДД 24 в мин. В легких с обеих сторон резко ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС 130 в мин. АД 40/0 мм рт. ст. Язык суховат, обложен серы налетом. Живот вздут, увеличен в размере за счет скопления жидкости в отлогах местах. Печень на уровне пупка (+10мм). Селезенка увеличена. Стул обычный. Диурез снижен. Мочится по катетеру.

По жизненным показаниям произведено диагностическое выскабливание полости матки с целью гемостаза. Больная переведена в реанимационное отделение, где ей была продолжена интенсивная постгеморрагического шока.

Заключение экстренного УЗИ (13.02.2018 г.): Печень увеличена (обе доли), неравномерно уплотнена. Сосудистый рисунок печени не изменен — d. V. portae = 11 мм, внутрпеченочные желчные протоки не расширены. Ж. пузырь растянут — 10,2 x 3,0 см, деформирован перетяжкой. Содержимое пузыря застойное. Стенки утолщены до 6–7 мм. Общий ж. проток не расширен (4 мм), проходим. Селезенка увеличена (14,0 см x 7,0 см), уплотнена. Поджелудочная железа нормальной формы и размеров, контуры ровные, структура однородная. Свободная жидкость в брюшной полости, в плевральных полостях, в полости перикарда и в полости малого таза не определяется.

Фрагмент динамики общего анализа крови (13.02; 24.02; 26.02.2018 г.) и показатели биохимического анализа крови представлены в таблицах 1 и 2.

На утро 13.02.2018 г. пациентка была осмотрена хирургом. При осмотре выявлено: наружные половые органы и промежность имели вид тёмно-фиолетовой студенеобразной массы. Диаметр левой (поражённой) конечности на уровне верхней трети бедра был в окружности больше на 8 см. Боль и выраженная болезненность

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Нь	Эрит.	Лейк.	Тромб.	Гранул.	М	Лимф	СОЭ
43 г/л	1,21x10 ¹² /л	4,8x10 ⁹ /л	31 x10 ⁹ /л	57,9	1,9	40,2	18мм/ч
94 г/л	3,17x10 ¹² /л	13,1x10 ⁹ /л	243 x10 ⁹ /л	82,4	5,7	11,9	12мм/ч
89 г/л	2,96x10 ¹² /л	11,4x10 ⁹ /л	371 x10 ⁹ /л	76,6	4,5	18,9	13мм/ч

Таблица 2. Биохимический анализ крови

	Норма	13.02.18 г.	17.02.18 г.	26.02.18 г.
Сахар крови	3,8–6,4ммоль/л	7,0ммоль/л	3,7ммоль/л	4,5 ммоль/л
Мочевина	2,2–6,7ммоль/л	4,5 ммоль/л	3,6 ммоль/л	3,8 ммоль/л
Креатинин	53–97 мкмоль/л	66,0мкмоль/л	68,0мкмоль/л	70,0 мкмоль/л
Общ. белок	64–83 г/л	37,0 г/л	51,0 г/л	56,0 г/л
Альбумин	35–55 г/л	18,0 г/л		27,0 г/л
Билирубин общий	3,4–20,5 мкмоль/л	200,0	94,1	217,0
Билирубин прямой	0,86–5,3 мкмоль/л	100,0	23,8	113,0
Билирубин не прямой	2,7–15,3 мкмоль/л	100,0	70,3	104,4
Протр. индекс	70–130%	50%	77%	77%
D-димер	До 500 нг/мл	908,00 нг/мл	-	-
Фибриноген	1,8–4,0 г/л	2,0 г/л	2,0 г/л	2,0 г/л
АЧТВ	25–35сек	40 сек	30 сек	28 сек
РФМК	3–4 мг/100 мл	7,0	5,0	
МНО	0,85–1,25	2,3	1,26	1,56
АЛТ	<17 ед/л	9,0	16,0ед/л	33,0ед/л
АСТ	<15 ед/л	40,0ед/л	43,0ед/л	54,0ед/л
ГГТП	10–32 г/л	304,0г/л	259,0ед/л	141,0 ед/л
ЩФ	<240 ед/л	318,0ед/л	283,0ед/л	243,0ед/л
Амилаза	23–100 ед/л	15ед/л		15ед/л
Кальций	2,15–2,6 ммоль/л	1,5 ммоль/л	1,9 ммоль/л	
Калий	3,6–5,5 ммоль/л	3,0ммоль/л	3,9ммоль/л	
Натрий	136–145 ммоль/л	144,0 ммоль/л	138,0 ммоль/л	
RW	Отр.	Отр.		

локализовалась не только на бедре, но и распространялась на ягодичную область.

Топически верифицировать тромботическое поражение венозного русла удалось при помощи спиральной компьютерной томографии (СКТ) с контрастированием (рис. 1–3)

Характерной особенностью тактики ведения этой пациентки было то, что никто из приглашенных на экстренный консилиум многочисленных консультантов, в том числе и сосудистые хирурги, не решились на фоне состоявшегося геморрагического синдрома и шока тяжелой степени рассматривать в качестве патогенетической терапию антикоагулянтами. Отдельным мнением двух специалистов было решено что, после выведения

из постгеморрагического шока и купирования острого ДВС-синдрома, на фоне гемо- и плазмотрансфузий и иной адьювантной терапии должно быть начато лечение эноксапарином в дозе 100 МЕ (1 мг) / кг каждые 12 часов. Суточная доза эноксапарина составила 12000 МЕ. К концу вторых суток терапии появились клинические признаки положительной динамики. С 7 суток начат подбор дозы АВК.

По результатам дуплексного сканирования вен нижних конечностей от 26.01.2018 г. (на 14 сутки после поступления в стационар) при впервые выполненном ангиосканировании вен нижне-кавального бассейна было подтверждено наличие окклюзирующего тромбоза подвздошных вен слева без признаков флотации и выраженного лимфостаза левой нижней конечности. Паци-



Рис. 1. Ангио-СКТ с контрастированием

Верхушка окклюдированного тромба расположена в устье левой общей подвздошной вены, проходимость нижней полой вены не нарушена. Гепатомегалия
(Коронарная проекция. Артериальная фаза контрастирования)



Рис. 2. Ангио-КТ с контрастированием

Окклюдированный тромбоз всего бассейна левых подвздошных вен
(Аксиальная проекция. Паренхиматозная фаза контрастирования)

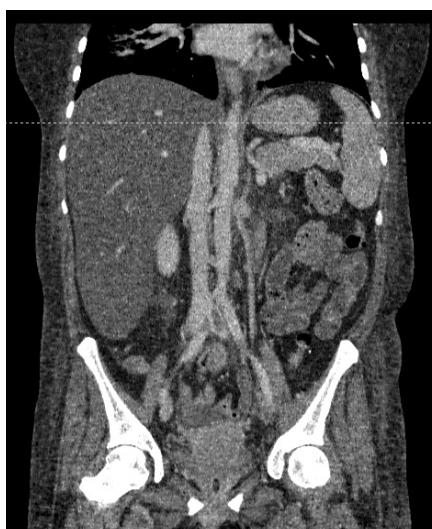


Рис. 3. Ангио-СКТ с контрастированием

Окклюдированный тромбоз всего бассейна левых подвздошных вен. Гепатомегалия.
(Коронарная проекция. Паренхиматозная фаза контрастирования)

ентка была выписана на 15 сутки с подобранной и оттитрованной дозировкой АВК на амбулаторной лечение.

В данном случае илеофemorальный тромбоз возник на фоне токсического хронического гепатита и манифестировал в виде тромбоза геморроидальных узлов, обильного кровотечения из геморроидальных узлов, обильного маточного кровотечения, постгеморрагического шока III (тяжелой) степени, ДВС-синдрома.

Клиническое наблюдение 2

Пациент Ч. 81 года поступил в хирургическое отделение УБ через 12 часов от начала заболевания. Исходно состояние пациента было расценено как тяжелое. Контакт с пациентом был затруднен в связи с остаточными явлениями перенесенного ранее острого нарушения мозгового кровообращения в виде моторной афазии с правосторонним гемипарезом.

При поступлении пациент стонал и кричал от боли, попытка пальпации живота приводила к резкому усилению болевого синдрома. Живот умеренно вздут, на уровне реберных дуг, пальпаторно — мягкий, болезненный во всех отделах.

Аускультативно: перистальтические шумы кишечника не выслушиваются. Определяется «шум плеска». Газы не отходят. При ректальном осмотре патологических образований не выявлено, ампула прямой кишки пустая, на перчатке следы кала обычного цвета.

Экстренно пациенту была выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости, где определяется множество тонкокишечных уровней. Установлен назогастральный зонд, по которому выделилось около 300 мл. кишечного отделяемого со зловонным запахом.

По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки хронического калькулезного холецистита без признаков деструкции, петли тонкого кишечника расширены, перистальтика не определяется.

С диагнозом «Острая кишечная непроходимость. Тромбоз мезентериальных сосудов?» больной был экстренно оперирован. Под эндотрахеальным наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия, выделилось до 100 мл экссудата темно-коричневого цвета.

При ревизии выявлено, что тонкая кишка на всем протяжении растянута, синюшно-багрового цвета. Пульсация на брыжеечных артериях резко ослаблена, перистальтика отсутствует. Интраоперационная ситуация расценена как мезентериальный венозный тромбоз, тотальная ишемия тонкой кишки. В виду протяженности

ишемии тонкой кишки, оперирующим хирургом было принято решение ограничиться диагностическим этапом операции. Внутривенно болюсно и в корень брыжейки тонкой кишки было введено по 5000 ЕД нефракционированного гепарина (НФГ).

Пациент переведен в реанимационное отделение, где в течение 24 часов получал терапию НФГ, а затем, при отсутствии отрицательной динамики, был переведен на терапию эноксапарином. Адьювантная и сопроводительная терапия включала: инфузионную, антибактериальные препараты группы цефалоспоринов и метронидазол, а так же стимуляция перистальтики кишечника, кардиотропную и антисекреторную терапию с адекватным обезболиванием.

Через двое суток после операции состояние и самочувствие пациента стало улучшаться, но болевой синдром сохранялся, обезбоживание осуществлялось с применением наркотических анальгетиков. Пациент был переведен в хирургическое отделение для дальнейшего наблюдения. В этот период отмечено купирование локальной симптоматики и появление признаков нормализации кишечной перистальтики.

На пятые сутки после операции, на фоне консервативной терапии у больного при аускультации определялась вялая перистальтика кишечника и констатировано отхождение газов. Назначен пероральный прием осмотических слабительных. У больного появился аппетит и он начал принимать жидкую пищу в объеме около 100 мл. На шестые сутки был получен самостоятельный стул с вазелиновым маслом и отхождением газов.

На 9-е сутки пациент по собственному настоянию был выписан из стационара и продолжил терапию эноксапарином амбулаторно.

Заключение

Таким образом, антикоагулянты являются препаратами выбора при всех острых венозных и большинстве артериальных тромбозов. При сложных клинических ситуациях, как в первом представленном клиническом наблюдении, постгеморрагический шок и риск рецидива массивного кровотечения не способствовали стандартному подходу к назначению антикоагулянтов, однако мы считаем, что лишь при их адекватном и раннем назначении удалось обеспечить деокклюзию общей подвздошной вены и дать возможность реализоваться массивной возмездительной терапии.

Во втором представленном наблюдении антикоагулянты были применены в качестве метода отчаяния. Несмотря на то, что, ввиду низкой комплаентности

пациента, не удалось провести детальное обследование состояния мезентериального сосудистого русла, мы в большей степени склонны расценивать описанную клиническую ситуацию, как неокклюзионное НМК. Поскольку генез этого состояния не всегда постижим клиницистами, следует знать, что эта разновидность ишемии кишечника является осложнением

различных патологических состояний и характеризуется в первую очередь нарушением микроциркуляции различных отделов дигестивного тракта. Именно для нормализации гемодинамики на этом уровне антикоагулянтная терапия наиболее обоснована, что и было достигнуто по результатам лечения второго пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багрова И.В., Кухарчик Г.А., Серебрякова В.И. и др. Современные подходы к диагностике тромбоэмболии лёгочной артерии // Флебология. 2012.— № 4.— С. 35–42.
2. Кириенко А.И., Леонтьев С.Г., Гусев Л.Л. и др. Консервативное лечение больных с острым венозным тромбозом // Флебология.— 2012.— № 2.— С. 40–44.
3. Кириенко А.И., Панченко Е.П., Андрияшкин В.В. Венозный тромбоз в практике терапевта и хирурга.— М.: «Планида», 2012.— 328 с.
4. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений // Флебология.— 2015.— № 4.— С. 2–52.
5. Хрипун А.И., Алимов А.Н., Миронков А.Б., Савельева А.В., Прямыков А.Д. Неокклюзионная форма острого нарушения мезентериального кровообращения: диагностика и лечение // Хирургия.— 2017.— № 1.— С. 88–94.
6. Явелов И.С. Антикоагулянтная терапия в профилактике и лечении венозных тромбоэмболических осложнений // Флебология.— 2010.— № 4.— С. 4–14.

© Карсанов Алан Мухарбекович (karsan@inbox.ru), Перисаева Элина Акимовна (perisaeva.elinka@yandex.ru), Саламов Анатолий Касполатович (rzdbohnica@live.ru), Кульчиев Ахсарбек Агубеевич (kulchiev.ahsarbek@yandex.ru), Тигиев Северян Владимирович (sogma.rso@gmail.com), Морозов Алексей Анатольевич (docentmorozov@yandex.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Г. Владикавказ