

*Калинин Р.Е., Сучков И.А.,
Пшенников А.С., Агапов А.Б., Киселева Е.В.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

*Рязанский государственный
медицинский университет,
г. Рязань, Российская Федерация*

Актуальность. Важной составляющей эффективной антикоагулянтной терапии (АКТ) является ультразвуковая оценка проксимальной границы тромба на стационарном и амбулаторном этапах. В настоящее время в литературе отсутствуют данные по оценке ультразвуковой динамики при использовании различных антикоагулянтов в лечении тромбоза глубоких вен (ТГВ).

Цель. Оценить эффективность различных вариантов АКТ по данным ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) у пациентов с ТГВ нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование включено 44 пациента с флотирующим венозным тромбозом. Пациенты были разделены на 2 группы: первая – пациенты, принимавшие низкомолекулярный гепарин (НМГ) с последующим переходом на варфарин – 21 человек. Вторая группа – пациенты, которым назначали ривароксабан – 23 человека. Пациентам выполнялось УЗДС вен нижних конечностей при поступлении, на 4 день и 8 день, где эффективность АКТ оценивалась по динамике длины, диаметра и фиксации «флотирующей» части. На амбулаторном этапе, сроком до 3 месяцев, степень реканализации оценивалась как слабая, средняя и хорошая. Критерием исключения являлись эмболоопасные венозные тромбозы длиной более 5 см, противопоказания к АКТ.

Результаты и обсуждение. При поступлении в 1 группе длина «верхушки» тромба составила – 2,93 см ($\pm 0,43$), диаметр тромба – 8,44 мм ($\pm 0,37$). На 4 день лечения отмечалось уменьшение толщины тромба: 2,47 мм ($\pm 0,59$), длина «верхушки» тромба – 2,92 см ($\pm 0,46$). На 8 день лечения «верхушка» тромба фиксировалась к стенке вены у всех пациентов данной группы.

В группе пациентов, принимавших с первого дня ривароксабан, при поступлении длина «верхушки» тромба составила 3,53 см ($\pm 0,48$), диаметр тромба – 7,05 мм ($\pm 0,39$). Однако на 4 день отмечается отрицательная динамика у 10 (43,6%) пациентов: увеличение длины тромба – 4,07 см ($\pm 0,8$), диаметр составил 4,2 мм ($\pm 0,43$). После чего пациенты были переведены на лечебную дозировку НМГ, и таким образом, образовалась новая подгруппа пациентов 2Б. Фиксация «верхушки» тромба в подгруппе 2Б, в отличие от 1 группы, произошла на 12 день. После чего пациентам при выписке назначили ривароксабан в профилактической дозировке, по их собственным предпочтениям, аргументировав это приемом препарата в фиксированной дозе и отсутствием лабораторного контроля.

У 13 (56,4%) пациентов (подгруппа 2А), продолжавших прием ривароксабана, длина тромба через 4 дня существенно не изменилась и составила 3,13 см ($\pm 0,38$). На 8 день головка тромба не визуализировалась, вследствие фиксации ее к стенке. При выяснении причины отрицательной динамики во 2Б подгруппе отмечено, что срок тромбоза был более 10 суток. В подгруппе 2А давность заболевания составляла от 3 до 5 дней.

Через 1 месяц у пациентов на варфарине преобладает сочетание средней и слабой степеней реканализации, а на ривароксабанае сочетание хорошей и средней степеней. Причем, хорошая реканализация выражена у пациентов, принимавших НМГ в стационаре и продолживших принимать ривароксабан в амбулаторном периоде. Через 3 месяца наблюдения не выявлено достоверного различия в степени реканализации у пациентов наблюдаемых групп. Преобладает сочетание хорошей реканализации общей бедренной и собственной бедренной вены в верхней трети, средней степени в подколенной вене и более слабая реканализация собственной бедренной вены в средней и нижней трети, что больше обусловлено анатомическими особенностями, чем вариантом антикоагулянтной терапии.

Случаев тромбозомболии легочной артерии не зарегистрировано ни у одного пациента.

Выводы. 1. НМГ эффективнее ривароксабана в фиксации тромба, на начальном этапе АКТ. 2. На амбулаторном этапе хорошая реканализация наступает быстрее при использовании ривароксабана в сравнении с варфарином.

*Калинин Р.Е., Сучков И.А.,
Пшенников А.С., Новиков А.Н.*

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

*Рязанский государственный
медицинский университет,
г. Рязань, Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время эндотелиальная дисфункция (ЭД) занимает центральное место в этиологии и патогенезе широкой группы заболеваний, в том числе, различных поражений венозной системы.

Цель. Оценить возможности воспроизведения эндотелиальной дисфункции при экспериментальном венозном тромбозе и эффективности ее коррекции.

Материал и методы. Исследуемую группу составили 70 крыс линии Wistar массой 250 – 350 г. Животные были разделены на 2 группы. В группе 1 (контрольная) животным (n=35) под наркозом после срединной лапаротомии выполнялась перевязка правой общей подвздошной вены и введение дистальнее лигатуры 0,3 мл подогретого до 37-37,5°C раствора тромбина (40 ЕД/кг). В группе 2 (экспериментальный тромбоз глубоких вен)