



СОДЕРЖАНИЕ

Об авторах	3
Список сокращений и условных обозначений.....	6
Введение.....	8
Диагностика и лечение тромбофлебита поверхностных вен	10
Венозные тромбоэмболические осложнения	13
Диагностика тромбоза глубоких вен нижних конечностей	16
Общие принципы лечения тромбоза глубоких вен	21
Антикоагулянтная терапия.....	23
Онкоассоциированные тромбозы	32
Тромбозы у беременных.....	37
Венозные тромбоэмболические осложнения на фоне различных тромбофилий.....	38
Венозные тромбоэмболические осложнения у пациентов с антифосфолипидным синдромом	40
Тромбоэмболия легочной артерии	48
Лечение тромбоэмболии легочной артерии	57

Антитромботическая терапия при новой коронавирусной инфекции	66
Приложение. Краткое описание рандомизированных клинических исследований прямых оральных антикоагулянтов у пациентов с венозными тромбоэмболическими осложнениями	70
Список литературы	88



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН¹

Тромбоз поверхностных вен обычно обозначается термином «тромбофлебит». Тромбофлебит поверхностных вен (ТФПВ) преимущественно является осложнением хронических заболеваний вен, протекающих с варикозным расширением подкожных вен.

Симптомы тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей:

- боль по ходу тромбированных вен, ограничивающая движения конечности;
- полоса гиперемии в проекции пораженной вены;
- плотный, резко болезненный тяж при пальпации;
- локальное повышение температуры, гиперестезия кожных покровов.

Возможно двустороннее сочетанное поражение как поверхностных, так и глубоких вен. Осмотр недостаточно информативен для оценки истинного размера тромба, так как он может существенно превышать клинически определяемые признаки тромбофлебита. У значительной части пациентов переход тромбоза с поверхностных в глубокие вены может быть бессимптомным.

Основной метод диагностики — компрессионное ультразвуковое дуплексное ангиосканирование.

Тактика лечения зависит от *группы риска* перехода тромбоза с поверхностных на глубокие вены:

- ***низкий риск*** перехода тромба на глубокие вены:
 - изолированный тромбофлебит варикозных и неварикозных притоков магистральных поверхностных вен;

¹ Выдержки из Рекомендаций Ассоциации флебологов России 2019 г. [1].

- **умеренный риск** перехода тромба на глубокие вены:
 - тромбоз стволы магистральной подкожной вены с проксимальной границей тромба дистальнее на 3 см от соустья;
 - тромбоз надфасциального сегмента перфорантной вены до уровня фасции;
- **высокий риск** перехода тромба на глубокие вены:
 - тромбоз магистральной поверхностной вены любой протяженности с проксимальной границей тромба на расстоянии 3 см от соустья или ближе.

При принятии решения о необходимости, интенсивности и продолжительности антикоагулянтной терапии нужно учитывать индивидуальные факторы риска тромбоза глубоких вен (ТГВ)/ТЭЛА:

- мужской пол;
- ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, включая семейный анамнез;
- возраст старше 60 лет;
- онкологическое заболевание;
- системное воспалительное заболевание.

NB! В ряде зарубежных рекомендаций критерием назначения антикоагулянтной терапии является протяженность тромба при ТФПВ более 5 см. Этот критерий использовался в исследовании CALISTO [2], но он не позволяет оценить риск прогрессирования тромбоза и развития ТЭЛА. Поэтому использование данного подхода сомнительно.

Антикоагулянтная терапия проводится пациентам с тромбозом поверхностных вен, имеющим умеренный или высокий риск перехода тромбоза на глубокие вены.

При **умеренном риске** лечение (рекомендуемая длительность — 45 дней) включает:

- низкомолекулярные гепарины (НМГ) в промежуточных дозах (50–75% от лечебных)

или

- фондапаринукс натрия 2,5 мг — 1 раз в день

или

- ривароксабан 10 мг — 1 раз в день (*официально-го показания в РФ нет; рекомендация основана на результатах исследования SURPRISE [3]*).

В дополнение к антикоагулянтам целесообразно использовать эластичную компрессию, топические средства (на основе гепарина, нестероидных противовоспалительных средств или смешанного типа) и локальную гипотермию.

При **высоком риске** лечение (рекомендуемая длительность — 45 дней) включает:

- НМГ в лечебных дозах

или

- выполнение кроссэктомии (*высокая перевязка большой или малой подкожной вены с обязательным лигированием всех приустьевых притоков и иссечением ствола поверхностной вены в пределах операционной раны*) под местной анестезией с последующим назначением НМГ в профилактических дозах на 45 дней.

В дополнение к антикоагулянтам целесообразно использовать эластичную компрессию, топические средства (на основе гепарина, нестероидных противовоспалительных средств или смешанного типа) и локальную гипотермию.

NB! Назначение ацетилсалициловой кислоты (АСК) 75–100 мг/сут у пациентов с тромбозом поверхностных вен не имеет под собой доказательной базы по эффективности и безопасности, поэтому **НЕ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНО!**



ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Эпидемиология

ВТЭО, которые объединяют ТГВ и ТЭЛА, занимают третью строчку по частоте острых сердечно-сосудистых заболеваний после инфаркта и инсульта [4]. Статистика по ВТЭО считается сильно недооцененной в силу неспецифичности проявлений ТГВ и ТЭЛА и высокого уровня гиподиагностики. Тем не менее, по имеющимся эпидемиологическим исследованиям, распространенность ТГВ оценивается на уровне 50–160 на 100 000 человек в популяции, а ТЭЛА — приблизительно 40–120 человек [5, 6]. Общие тенденции в европейских странах свидетельствуют о том, что частота ВТЭО имеет тенденцию к снижению, и это связывают по большей части с широким применением антикоагулянтов (преимущественно ПОАК) по другим показаниям (например, у пациентов с фибрилляцией предсердий).

Факторы, предрасполагающие к развитию венозных тромбоэмболических осложнений

Существует большое число факторов, которые при определенных обстоятельствах могут предрасполагать к развитию венозных тромбоемболий. Чаще всего это связано с сочетанием перманентно действующего(их) фактора(ов) и «наложением» на этот фон временно воздействующего фактора. В табл. 1 факторы разделены по значимости их влияния на риск ВТЭО.