

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПОВЪРХНОСТЕН ТРОМБОФЛЕБИТ С АПИКСАБАН

Хр. Запрянов, Т. Кавръков, Д. Башев*, Хр. Абрашев, В. Василев**

УМАЛ „Проф. Ст. Куркович“ АД Стара Загора;

*МБАЛ „Х. Димитър“ ЕООД Сливен

**МБАЛ АД Бургас

РЕЗЮМЕ

Използването на антикоагуланти при лечение на повърхностни тромбофлебита е известно отдавна в медицинската практика. Добре познати са различни форми на локално и системно приложение.

През последните години пероралната антикоагулантна терапия се налага все повече в практиката за лечение и профилактика на тромботичните заболявания на сърдечно-съдовата система, като се имат предвид новите перорални антикоагуланти, за сметка на медикаментите антагонисти на витамин К.

В периода от месец септември 2014 г. до месец март 2015 г., в амбулаторни условия, беше приложен пероралният антикоагулант Апиксабан. Пациентите системно бяха проследявани с дуплекс-доплерова сонография и изследване на хемостазни показатели – на 14-я, 30-я и 90-я ден от и след приложението на антикоагуланта.

Заклучение

Апиксабан е удобен и ефективен при лечение на повърхностни тромбофлебита в амбулаторната практика. Изключително нисък е рискът от кървене в съпоставка с други перорални антикоагуланти, прилагани досега в амбулаторни условия. Наблюдава се редуция на симптомите на повърхностни тромбофлебита при пациенти, лекувани с Апиксабан. Лесен перорален прием /два пъти по 5 mg дневно/, без да е необходим стриктен контрол на хемостазен профил и корекция на дозировката. При проследяване в амбулаторни условия на локалния статус на пациентите, лекувани с Апиксабан, до момента не е наблюдаван рецидив на повърхностен тромбофлебит.

Ключови думи: апиксабан, повърхностен тромбофлебит, антикоагуланти, амбулаторни условия, консервативно лечение.

Въведение

Повърхностната венозна тромбоза напоследък е обект на повишено внимание, поради установяване на потенциал за повишена заболеваемост и смъртност, свързани с нея. Въпреки високата честота /125 000 пациенти годишно в САЩ например/, заболяването в повечето случаи се подценява.[4]

Традиционно е схващането, че повърхностната венозна тромбоза е самоограничаващ се процес и с нисък риск, което е причина някои лекари да negliжират заболяването. Подобрените диагностични методи за оценка на повърхностната венозна тромбоза с дуплекс ехография, сканиране на белия дроб и кръвните тестове подпомогнаха за установяване на усложненията от заболяването и подобриха терапевтичните подходи за лечението му, за предотвратяване на повторното му появяване и развитие на усложненията.[1,6]

Повърхностната венозна тромбоза е островъзпалителен асептичен процес по хода на повърхностните вени най-често на долните крайници. Той се характеризира с болка на засегнатото място и зачервяване на кожата, придружено с оток на крайника. Болният често има температура с втрисане, усет за силна болка по посока на засегнатата вена, която може да се опипа като уплътнена връв.[2,7]

Опасно усложнение е емболията, откъсване на част от кръвния съсирек, който попада с кръвообръщението в белия дроб, мозъка или друг орган.[3]

Рисковите фактори за повърхностна венозна тромбоза са: варикозни вени, интравенозни канилации, предхождащи повърхностни венозни тромбози, проблеми с разширените вени, наличие на абнормни кръвосъсирващи фактори, венозна стаза.

Диагностиката на повърхностна венозна тромбоза се осъществява чрез първичен преглед с описание на анамнеза и локален статус, дуплекс-доплер сонографско изследване, наблюдение на кръвните показатели – кръвна картина и хемостазен профил.

Лечението на повърхностната венозна тромбоза включва няколко основни елемента: аналгетици и противовъзпалителни средства; хирургия – високо лигиране с или без стрипинг, или друга хирургия на вените; антикоагуланти – нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин в профилактични и терапевтични дози; перорални антикоагуланти; приложение на локални противовъзпалителни лекарствени средства – гел, крем, спрей и др.; постелен режим на болния /първи режим/; приложение на компресионни чорапи с ограничени данни за ефикасно лечение. [5]

Профилактиката и лечението на повърхностната венозна тромбоза може да се провежда и със сравнително новия перорален антикоагулант Eliquis /Апиксабан/. Приема се перорално, независимо от храненето.

Препоръчителната доза за профилактика на рецидивиращи повърхностни венозни тромбози е два пъти по 2,5 мг, а при лечението е два пъти по 5 мг.

Eliquis съдържа активното вещество Апиксабан и спада към групата лекарства, наречени перорални антикоагуланти. Това лекарство помага за предотвратяване на образуването на кръвни съсиреци чрез блокиране на фактор Ха, който е важен фактор за кръвосъсирването.

Апиксабан се използва след операции за: протезиране на тазобедрена и колянна става с цел да предотврати образуването на кръвни съсиреци във вените на долните крайници; за да предотврати образуването на кръвен съсирек в сърцето при пациенти с неправилен сърдечен ритъм – абсолютна аритмия с поне един допълнителен рисков фактор /кръвните съсиреци могат да се откъснат, да стигнат до мозъка и да доведат до инсулт/. Не на последно място Апиксабан се използва и като медикамент при профилактика и лечение на повърхностна и дълбока венозна тромбоза.

Медикаментът намалява риска от образуването на кръвни съсиреци и миграцията на емболи и тромби в циркулаторната кръв на пациента и по този начин намалява риска от емболизация на белодробната артерия и последваща белодробна тромбоемболия.

Материали и методи

За последните 6 месеца в КСХ при УМБАЛ „Проф. д-р Ст. Киркович“ – АД, гр. Стара Загора, МБАЛ „Хаджи Димитър“ - ЕООД, гр. Сливен, и МБАЛ – АД, гр. Бургас, бе използван в амбулаторни условия пероралният антикоагулант Апиксабан - 5 мг.

Лечебни заведения	Апиксабан	Еноксапарин + Синтром
УМБАЛ „Проф. Д-р Стоян Киркович“, гр. Ст. Загора	69	52
МБАЛ „Хаджи Димитър“ ЕООД, гр. Сливен	28	26
МБАЛ - АД, гр. Бургас	44	50
Общо:	141	128

При 141 пациенти бе започнато лечение в началото на заболяването в острия стадий с Апиксабан - 2 пъти дневно, по 5 мг, а при 128 пациенти първоначално с Еноксапарин - 2 пъти дневно, по 0,4 мг, а впоследствие със Синтром - за период от 6 месеца.

Всички пациенти бяха контролирани с дуплекс-доплер през първите 24 часа, на 7-я ден, на 14-я ден и на 30-я ден.

Всички 269 пациенти са контролирани за период от 6 месеца. По време на контролните прегледи с дуплекс-доплер се визуализира проходимостта на ДВС, състоянието на сафено-феморалното състие, липсата на рефлукс в него, степента на облитерация на вена сафена магна и визуалния ефект от проведеното лечение.

Цели и задачи на проучването

Основна задача на изследването е да се проучат, анализират и популяризират добрите практики за лечение с Апиксабан (като монотерапия), с цел да се постигне по-висока ефективност при неговото приложение: да облекчи симптомите на повърхностния тромбофлебит, да намали риска от пропагиране на тромба в дълбоката венозна система и евентуална емболизация на белодробната артерия, да предотврати смърт и инвалидност от БТЕ и периферна венозна болест, да намали риска от БТЕ /белодробна тромбоемболия/.

Обсъждане

Лечението на повърхностната венозна тромбоза с Апиксабан в дозировка два пъти по 5 мг е лесно приложимо в амбулаторни условия. То позволява за кратък период от време да се овладеят симптомите на повърхностната венозна тромбоза на долни крайници. Разходите за лечение, като монотерапия, са минимални и финансово оправдани за пациента. Лечението с този медикамент гарантира бързо възстановяване на нормалното качество на живот на пациентите.

Все пак трябва да се знае, при пациенти с алергични реакции, не трябва да се прилага Апиксабан, както и при пациенти, които имат заболявания на органи, които увеличават риска от кървене. Не се препоръчва и при пациенти, които имат чернодробно заболяване – недостатъчност, което води до повишен риск от кървене.

Апиксабан да се използва с повишено внимание и при пациенти, приемащи туберкулостатици, антиепилептични средства и антидепресанти.

Не на последно място Апиксабан не се препоръчва и при пациенти с по-малък клирънс от 15 мл на минута, както и в комбинация с азолови антимиотици – кетоназол и вориконазол и при прием на тромболитични агенти – клопидогрел, тромбо ASS.

Изводи

При лечението с Апиксабан не се проследяват коагулационните тестове за оценка на фармакодинамичните му ефекти. Лесен и достъпен за употреба перорален антикоагулант на фармацевтичния пазар. Има нисък риск на кървене спрямо другите схеми на лечение на НМХ /нискомолекулярен хепарин/ и ВКА /витамин К антагонисти/ на повърхностния тромбофлебит. Може да се прилага като монотерапия на повърхностната венозна тромбоза в остра фаза. Води до бързо овладяване на симптомите на повърхностния тромбофлебит в амбулаторни условия.

Лечението с Апиксабан се определя от местоположението му, едновременното наличие на дълбока венозна тромбоза, варикозни вени или състояние на хиперкоагулибилитет. Приемът на Апиксабан в профилактични и терапевтични дози е оправдан при лечение на повърхностната венозна тромбоза в амбулаторни условия.

Литература:

1. Дойчинов Ал.; Тромбофлебит,варикоглебит; Съвременна терапия на съдовите заболявания 2001, 177-181.
2. Захариев Т; Повърхностна венозна тромбоза; Ръководство по хирургия с атлас, т.VI, Съдова хирургия 2008, 113-114.
3. Chengelis DL, Bendick PJ, Glover JL, Brown OW, Ranval TJ. Progression of superficial venous thrombosis to deep venous thrombosis. J Vasc Surg. 1996;24:745–749.

4. Decousus H, Quéré I, Presles E, et al. for the POST Study Group. Superficial thrombophlebitis and venous thromboembolism: A large prospective epidemiological study. *Ann Intern Med.* 2010;152:218–224.
5. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber SZ, Raskob G, Comerota AJ. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* 2008;133(6 Suppl):454S–455S.
6. M. G. R. De Maeseneer; Superficial Thrombophlebitis of the Lower Limb : Practical Recommendations for Diagnosis and Treatment; *Acta chir belg*, 2005, 105, 145-147;
7. Maria E Litzendorf and Bhagwan Satiani, Superficial venous thrombosis: disease progression and evolving treatment approaches, *Vasc Health Risk Manag.* 2011; 7: 569–575.